



# TRABAJO DE FIN DE GRADO

## *REVISIÓN NARRATIVA*

La estigmatización del trastorno mental grave y  
la conducta suicida en la práctica asistencial

The stigmatization of severe mental disorders  
and suicidal behaviour in the healthcare

Universidad Autónoma de Madrid - Facultad de Medicina  
Sección Departamental de Enfermería  
Curso 2017-2018

**Autoría:**

Celia Merino Fernández  
Noelia Sánchez Chueca

**Tutoría:**

Dña. Marta Otaduy Zubia



*A nuestra tutora Marta, por su dedicación y entrega hasta el último minuto,  
a nuestros padres y abuelas, por hacérselo más fácil apoyándonos en todo momento,  
a todos nuestros seres queridos, por sus ánimos, amor y cariño incondicionales;  
a nuestras amigas, que desde la distancia aportaron su pequeño pero gran granito de arena;  
Y en especial, a nuestros abuelos Álvaro y Alberto, quienes seguro están llenos de orgullo  
viendo cómo estamos a un paso de formar parte de la profesión que nos apasiona, la  
enfermería.*



## RESUMEN

**Introducción:** Las personas con enfermedades mentales graves y/o conducta suicida, así como sus familiares, sufren diferentes tipos de estigma que generan un impacto negativo sobre la evolución y pronóstico de las mismas.

**Objetivo:** Conocer la contribución de los profesionales sanitarios ante el estigma de pacientes con conductas suicidas o diagnosticados de trastorno mental grave.

**Material y métodos:** Se realizaron múltiples búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO, SciELO y CUIDEN. Se utilizó tanto lenguaje libre como controlado, empleando los operadores booleanos AND y OR. Se limitaron las búsquedas a un periodo de 10 años y, ocasionalmente, se utilizó el filtro de tipología documental y de idiomas.

**Resultados y discusión:** Se seleccionaron 28 artículos, en inglés y español. Los resultados obtenidos se agruparon en unidades de análisis para su discusión: 1) Estado actual del estigma del trastorno mental grave y la conducta suicida en el ámbito sociosanitario, 2) Experiencias de pacientes y familiares, 3) Relación terapéutica profesional-paciente con trastorno mental grave, 4) Posibles intervenciones y estrategias anti-estigma en el ámbito sociosanitario.

**Conclusiones:** La evidencia demuestra que, una parte considerable del estigma percibido tanto por pacientes como por familiares, es atribuible al profesional sanitario. Estos resultados hacen visible la necesidad de instaurar estrategias anti-estigma, así como una relación terapéutica de calidad basada en principios humanistas en la práctica asistencial, con el fin de facilitar la recuperación del paciente.

**Palabras clave:** Estigma, trastornos mentales graves, conducta suicida, profesional sanitario, enfermería, práctica asistencial, salud mental.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** People with severe mental illness and/ or suicidal behavior, as well as their relatives, suffer different types of stigma that produce a negative impact on their evolution and prognosis.

**Aim:** Knowing the contribution of health professionals to the stigma of patients with suicidal behavior or diagnosed with severe mental disorder.

**Methods:** Multiple bibliographic searches were carried out in PubMed, CINAHL, PsycINFO, SciELO and CUIDEN databases. Free and controlled language was used, using the Boolean operators AND and OR. Likewise, all the searches were limited to 10 years and, occasionally, the language filter was used in addition to the "review" filter, to achieve results in English and Spanish exclusively.

**Results:** 28 articles were selected, in English and Spanish. The results obtained were grouped into units of analysis for discussion: 1) Current status of the stigma of severe mental disorder and suicidal behavior in the healthcare practice, 2) Experiences of patients and family members, 3) Therapeutic relationship professional- patient with severe mental disorder, 4) Potential anti-stigma interventions and strategies in the social-health field.

**Conclusions:** The evidence shows that a considerable part of the stigma perceived by patients and their family members is attributable to healthcare professionals. These results make visible the need to establish anti-stigma strategies, as well as a quality therapeutic relationship with them based on humanistic principles in the care practice, in order to facilitate patient recovery.

**Keywords:** Stigma, severe mental disorders, suicidal behavior, healthcare professionals, nursing, healthcare practice, mental health.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. ESTIGMA .....	1
1.1.1. Modelos teóricos del proceso de estigmatización.....	2
1.1.2. Tipos de estigma.....	5
1.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	7
1.2.1. Concepto de salud y enfermedad mental.....	7
1.2.2. Concepto de trastorno mental grave.....	8
1.3. CONDUCTA SUICIDA .....	11
1.3.1. Riesgo de suicidio.....	12
1.4. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	14
1.5. REPERCUSIÓN DEL ESTIGMA SOBRE EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LA CONDUCTA SUICIDA.....	15
<b>2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL TRABAJO.....</b>	<b>18</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>21</b>
4.1. ESTADO ACTUAL DEL ESTIGMA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO .....	21
4.1.1. Aspectos generales y causas de la estigmatización.....	21
4.1.2. Consecuencias de la estigmatización.....	24
4.1.3. Estigmatización de los trastornos mentales graves y la conducta suicida.....	26
4.2. EXPERIENCIAS DE PACIENTES Y FAMILIARES .....	30
4.3. RELACIÓN TERAPÉUTICA PROFESIONAL-PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE .....	31
4.3.1. El papel fundamental de los profesionales de enfermería.....	32
4.4. POSIBLES INTERVENCIONES Y ESTRATEGIAS ANTI-ESTIGMA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.....	33
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>36</b>
5.1. LIMITACIONES DEL TRABAJO .....	38
5.2. ÁREAS DE MEJORA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	39
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>41</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>46</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>47</b>





# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. ESTIGMA

Haciendo referencia al primer concepto básico de la presente revisión, la Real Academia Española (RAE), define **estigma** como “*marca o señal en el cuerpo*” y “*desdoro, afrenta, mala fama*” en su primera y segunda acepción.<sup>1</sup> Es importante tener en cuenta que en la actualidad, este término es utilizado dentro del ámbito sanitario para explicar cómo determinadas etiquetas diagnósticas, tales como las enfermedades de salud mental, generan **rechazo**, **estereotipos** y **prejuicios** en la población general, provocando actitudes y comportamientos sociales discriminatorios hacia las personas que lo sufren.<sup>2</sup>

Los **orígenes** del término estigma se remontan a la época griega, tal y como detalla el sociólogo estadounidense **Erving Goffman** en su obra *Estigma, la identidad deteriorada*, datada del año 1963.<sup>3</sup> La sociedad de la Grecia Clásica instauró el concepto de estigma para referirse a determinadas marcas corporales, como cortes o quemaduras, que ponían de manifiesto un estatus pernicioso en la persona que las poseía, generalmente esclavos, criminales o traidores, individuos corruptos a quienes se debía de evitar en lugares públicos. Así, Goffman definió estigma como “*un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*”, describiéndolo como “*un tipo especial de relación entre un atributo y un estereotipo incrustado en un lenguaje de relaciones*”.<sup>2</sup> Considera que éste ocurre como resultado de una disconformidad entre la **identidad social virtual** (calificación que otorga la sociedad a un individuo) y la **identidad social real** (verdaderos atributos que posee un individuo).<sup>4</sup>

Siguiendo la línea inicialmente planteada por Goffman, identificando el estigma como un atributo, **Jones et al.** propusieron en el año 1984 considerar dicho concepto como “*una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)*”. Por su parte, en 1986, **Mark C. Stafford** y **Richard R. Scott** publicaron en su obra *Stigma, deviance and social control: Some conceptual issues* una nueva acepción al término estigma, reconociendo a este como:

“*Una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como norma una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso*”.<sup>2</sup>

En el año 1991, las **Naciones Unidas** elaboraron un conjunto de veinticinco *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la*

*Salud Mental*, entre los cuales se establece que “no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental”; entendiendo **discriminación** como “cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad”, no siendo consideradas como tal las medidas especiales adoptadas para preservar los derechos y avalar la mejoría clínica de las personas diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico.<sup>5</sup>

Sin embargo, en el año 2002, la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) se vio obligada a desarrollar el *Programa Mundial de Acción en Salud Mental*, con el objetivo de poner de manifiesto la imperiosa necesidad de reducir la elevada carga que suponían los trastornos mentales sobre los sistemas sanitarios de todo el mundo; algo que podemos asociar a la discriminación de la que venimos hablando, puesto que en este informe se revela que, tanto el sufrimiento como la discapacidad y las pérdidas económicas generadas como consecuencias directas del estigma, no iban a conseguir desaparecer hasta que los enfermos mentales dejaran de ser señalados dentro de la sociedad por el mismo.<sup>6</sup>

Cabe destacar además que, en el año 2005, los autores **Victor Ottati, Galen V. Bodenhausen** y **Leonard S. Newman** plantearon que el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social:

- **Estereotipos:** conjunto de conocimientos aprendidos e interiorizados por parte de la sociedad, los cuales hacen referencia a las características que representan a un determinado grupo social, en este caso, las personas con enfermedades mentales.
- **Prejuicios:** reacciones emocionales negativas que se exteriorizan en forma de valoraciones y actitudes dañinas cuando se aplican los estereotipos marcados sobre las personas con enfermedades mentales.
- **Discriminación:** comportamientos de rechazo que colocan a las personas con enfermedades mentales en una situación clara de desventaja social.<sup>2</sup>

### **1.1.1. Modelos teóricos del proceso de estigmatización**

Encontramos dos tipos de modelos teóricos, ambos imprescindibles y complementarios entre sí, para poder explicar el concepto de estigma aplicado a los procesos de enfermedad mental y cómo éste se desarrolla dentro de los ámbitos sociológico, psicológico y psicosocial de las poblaciones contemporáneas.

## **Modelos sociológicos**

La investigación sociológica sobre el estigma de la enfermedad mental se fundamenta en la **teoría del etiquetado**, desarrollada en el año 1987 por el sociólogo y epidemiólogo estadounidense Bruce G. Link, junto a sus compañeros de profesión Francis T. Cullen, James Frank y John F. Wozniak. Este modelo explica cómo el establecimiento de una etiqueta psiquiátrica desencadena, sobre la sociedad y el propio enfermo, la emersión de estereotipos culturales, imágenes y creencias negativas en relación a la propia enfermedad mental, generando como consecuencia directa la devaluación del paciente diagnosticado de la misma y, por consiguiente, su discriminación.<sup>2</sup>

En 1989, Bruce G. Link y Francis T. Cullen se sirvieron de la colaboración de Elmer Struening, Patrick E. Shrout y Bruce P. Dohrenwend para llevar a cabo una **modificación** del marco teórico anterior, en la cual se hace énfasis en las limitaciones producidas por la devaluación y discriminación de los enfermos mentales. Así, se pone de manifiesto cómo las etiquetas de diagnósticos psiquiátricos obstaculizan la consecución de objetivos vitales básicos, originando la pérdida de oportunidades esenciales a nivel personal y profesional, impidiendo el acceso a los recursos sociales, económicos y culturales gubernamentales e interfiriendo, por todo ello, en los sentimientos de bienestar del propio paciente, aspectos que reprimen su independencia.<sup>2</sup>

Posteriormente, en el año 2001, destaca la interpretación realizada por Bruce G. Link y Jo C. Phelan, basada en la definición del concepto de **estigma** como un **proceso** en el que **confluyen cinco componentes** distintos:

1. La sociedad tiende a diferenciar y etiquetar las desigualdades humanas.
2. Las creencias culturales autoritarias habitualmente asocian a los individuos etiquetados con características desvalorizantes, es decir, con estereotipos negativos.
3. Los individuos etiquetados son ubicados en distintas categorías con el mero objetivo de alcanzar una segregación entre aquellos que son socialmente aceptados como “*normales*”, según los valores culturales contemporáneos, y los que no son socialmente aceptados y son clasificados como “*diferentes*”.
4. La categorización provoca la pérdida del estatus en el individuo etiquetado, generando actitudes discriminatorias que promueven desigualdades sociales.
5. La estigmatización es contingente a la autoridad social, económica y política.<sup>2</sup>

## Modelos psicosociales

Dentro de la obra *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research*, datada del año 2005, encontramos un análisis exhaustivo de los modelos psicosociales del proceso de estigmatización de la enfermedad mental, realizado por los ya citados autores **Victor Ottati, Galen V. Bodenhausen y Leonard S. Newman**.<sup>7</sup> Estos tres expertos proponen una categorización de dichos modelos teóricos, basada en las entidades enfatizadas por estos, siendo el centro de su análisis el afecto, la motivación o la cognición, así como la influencia de estos elementos sobre la formación de prejuicios.<sup>2</sup>

En primer lugar, encontramos los modelos psicosociales que resaltan el papel del **afecto**. En ellos, se plantea como origen del prejuicio una **respuesta emocional negativa**, la cual resulta a partir de tres procesos básicos:

- Condicionamiento clásico, es decir, cuando la sociedad asocia de forma reiterativa estímulos repulsivos y hostiles con un determinado grupo social, en este caso, las personas con enfermedades mentales.
- Estados emocionales que se atribuyen de forma errónea debido a los estímulos aversivos que acompañan socialmente a un determinado grupo, como es el caso de las personas con enfermedades mentales.
- Desplazamiento del ataque cometido por un determinado elemento hacia otro que, a pesar de ser inocente, es identificado socialmente como provocador, perteneciendo a una fracción marginal dentro de la sociedad, como son las personas con enfermedades mentales. Este hecho generalmente tiene lugar cuando la reacción ante el elemento causal es previsiblemente difícil.<sup>2</sup>

En segundo lugar, encontramos los modelos psicosociales que resaltan el papel de la **motivación**. En este caso, se asocia el prejuicio con las necesidades motivacionales, puesto que éstas se convierten en una excelente herramienta para reconocer la justicia existente en el mundo. De tal forma, se emplea el precepto social de que “*cada uno recibe lo que se merece*”, lo que promueve la desacertada culpabilización de la víctima real a fin de aminorar los sentimientos de vulnerabilidad asociados a la enfermedad mental grave y la conducta suicida, en este caso. Asimismo, el establecimiento de una sociedad jerárquica, conlleva la creación de grupos dominantes que desarrollan prejuicios y posturas discriminatorias hacia las clases minoritarias. A su vez, dentro de cada grupo, se produce un sentimiento de identidad social que fomenta actitudes positivas y beneficiosas entre los miembros que forman parte del mismo.

Como consecuencia de ello, las personas con enfermedades mentales son excluidas por el resto del grupo al no ser consideradas como “*normales*”.<sup>2</sup>

En tercer lugar, encontramos los modelos psicosociales que resaltan el papel de la **cognición**, los cuales dan respuesta a los procesos de estigmatización y formación de prejuicios a través de la categorización, considerada intrínseca al ser humano, debido a la tendencia habitual de éste a agrupar a personas y objetos jerárquicamente, en función de los principios generales que caracterizan a cada uno de ellos, con el objetivo de conseguir un mayor control de las situaciones sociales. Este hecho es también denominado como estereotipación y, al mismo tiempo, conlleva una inapropiada generalización dentro de la sociedad, constituyendo expectativas con respecto a los diferentes grupos que integran la misma. A su vez, encontramos expectativas asociadas implícitamente a estereotipos, lo que provoca modificaciones en el comportamiento, puesto que se espera una determinada conducta de un individuo y, como consecuencia de ello, se actúa de una forma concreta a fin de conseguir que esa conducta se manifieste. En el caso de las enfermedades mentales, destacar que se ha podido demostrar que las personas que presentan emociones y sentimientos opuestos hacia los grupos estigmatizados dentro de la sociedad tienden a mostrar comportamientos extremos hacia ellos, a fin de contrarrestar el malestar producido por dicha ambivalencia. Asimismo, cuando este tipo de personas intentan abolir los estereotipos, terminan sufriendo un efecto rebote de forma indirecta, lo que provoca que éstos aparezcan más frecuente e intensamente, aspecto que, por tanto, potencia la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental.<sup>2</sup>

### 1.1.2. Tipos de estigma

#### Estigma público

El **estigma público** hace referencia a las “*reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo*”. La población tiende a realizar una selección de las cualidades humanas, a fin de determinar la importancia que tienen a nivel social, convirtiéndose en vulnerables a sufrir **procesos de etiquetamiento** aquellas que no sean consideradas significativas ni trascendentales dentro de la comunidad. Etiquetar conlleva, tal y como se expuso en líneas anteriores, una segregación entre lo considerado socialmente como “*normal*” y “*anormal*”, es decir, “*nosotros*” y “*ellos*”, respectivamente.<sup>8</sup>

Los **estereotipos**, los **prejuicios** y las **actitudes discriminatorias**, junto con el **poder** social, económico y político del grupo general dominante tienen como resultado la estigmatización a nivel social de la minoría no aceptada, como son las personas con enfermedad

mental grave y conducta suicida. Son estrictamente necesarios este tipo de poderes para que el estigma público acontezca, puesto que, por mucho que se manifiesten prejuicios y estereotipos hacia un grupo determinado, en ausencia de autoridad, resulta complicado que se produzcan efectos discriminatorios graves.<sup>8</sup>

### **Autoestigma**

El **autoestigma** hace referencia a las “*reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos*”. Este tipo de personas presentan respuestas emocionales negativas, así como una autoestima y autoconcepto bajos, que les lleva a presentar **autoprejuicios**, así como **estereotipos** y **actitudes discriminatorias** hacia sí mismos. En el caso de las personas con enfermedad mental, estas reacciones limitan su vida cotidiana, puesto que al sentirse menos valiosos, se imposibilitan a sí mismos el aprovechamiento de oportunidades laborales y personales.<sup>8</sup>

Todo ello va a condicionar el comportamiento del individuo, de forma que las relaciones sociales terminan por reducirse hasta prácticamente la nulidad, provocando la marginalización del mismo, aspectos que perpetúan el proceso de estigmatización. A su vez, se dan casos en los que el paciente no busca ayuda profesional para no ser reconocido como miembro del grupo estigmatizado y evitar así los prejuicios asociados al mismo.<sup>2</sup>

Por su parte, destacar que se encuentran situaciones en las que el autoestigma es experimentado por la propia **familia** del paciente, lo que genera vergüenza y negación en base a la enfermedad mental, derivando en el ocultamiento y, en ocasiones, aislamiento del enfermo, a fin de evitar divulgar públicamente la existencia de un determinado trastorno psiquiátrico dentro del núcleo familiar. De igual forma, en este tipo de casos, también se dificulta la búsqueda de ayuda profesional para el adecuado tratamiento de la enfermedad.<sup>2</sup>

### **Estigma percibido o anticipado**

El **estigma percibido** o **anticipado** es una variable asociada al autoestigma, que provoca que el individuo anticipe el rechazo vinculado a los estereotipos, elementos devaluadores y discriminatorios relacionados, en este caso, con la enfermedad mental grave y la conducta suicida, incluso antes de que este tipo de repudio se haya producido.<sup>2</sup>

### **Estigma experimentado**

El **estigma experimentado**, tal y como indica el propio término, deriva de situaciones previas de rechazo y discriminación padecidas en primera persona.<sup>2</sup>

## **Estigma por asociación**

El **estigma por asociación** hace referencia a aquellos casos en los que el estigma no solo afecta al enfermo mental, sino también a las personas estrechamente relacionadas con la misma, tales como familiares, amigos o profesionales de la salud mental.<sup>2</sup>

## **1.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE**

### **1.2.1. Concepto de salud y enfermedad mental**

La Organización Mundial de la Salud definió en el año 1986 el término **salud** como:

*“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o minusvalía. Es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”.*<sup>9</sup>

Centrándonos en la esfera psíquica, dicho organismo especializado, definió en el año 2013 el concepto de **salud mental** como:

*“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.*<sup>10</sup>

En este ámbito, destaca la figura de Marie Jahoda, psicóloga austriaca que, en el año 1958, elaboró un modelo teórico, dentro del informe sobre la salud mental desarrollado por la *Joint Commission on Mental Illness and Health*, que defiende la **salud mental positiva** desde una perspectiva multidimensional. Este enfoque se centra principalmente en la salud mental del individuo, sin olvidar aquellos aspectos influyentes en la salud física y social del mismo. Para explicar dicha teoría, Jahoda expuso seis criterios básicos, asociados cada uno de ellos a una dimensión determinada, aplicables tanto a personas sanas como a aquellas diagnosticadas de un trastorno mental, a fin de dar respuesta al interrogante de cuáles eran los componentes elementales de la salud mental positiva de cualquier sujeto: *Actitudes hacia sí mismo, Crecimiento, desarrollo y autoactualización, Integración, Autonomía, Percepción de la realidad y Control ambiental.*<sup>9</sup> Para un mayor y más profundo conocimiento de los mismos, véase Anexo 1.

El término **enfermedad** proviene del latín “*in firmitas*”, que hace referencia a aquello que no puede sostenerse por sí sólo, careciendo de estabilidad.<sup>11</sup> Se puede asociar a una pérdida progresiva de salud, pero la Organización Mundial de la Salud la define como una:

*“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.*<sup>12</sup>

En el caso concreto de la **enfermedad mental**, una de las definiciones más aceptadas es la realizada por la *American Psychiatric Association* en el año 1994, organismo que considera a ésta como:

*“Una enfermedad o síndrome que tiene manifestaciones psicológicas o conductuales y que puede asociarse a una alteración del funcionamiento secundaria a una anomalía social, psicológica, genética, fisicoquímica o biológica”.*<sup>13</sup>

Cabe destacar la gran relevancia que ocupan los **sistemas de apoyo** dentro del ámbito de la salud mental. Son fundamentalmente personas de confianza, a quienes el individuo respeta y con los que se siente cómodo, constituyendo así el grupo al que recurre en momentos de angustia o ansiedad en busca de ayuda.<sup>13</sup> En concreto, reseñar que, entre los principales efectos beneficiosos del apoyo social, encontramos no sólo un mejor afrontamiento de los acontecimientos vitales estresantes, sino también una mayor adherencia terapéutica, así como un mejor autocuidado y actividad funcional, aspectos que permiten mejorar la evolución del problema de salud que presenta el propio individuo.

### 1.2.2. Concepto de trastorno mental grave

Los **trastornos mentales graves** fueron definidos en el año 1987 por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) como una serie de:

*“Trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidos mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.*<sup>14</sup>

Por lo tanto, para que una persona sea diagnosticada de un trastorno mental grave, resulta necesario que dicha afección se extienda en el tiempo en un período superior a los dos años, así como que provoque una disfunción moderada o severa según la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning, GAF*) , lo que advertiría al



profesional de la presencia de una afectación moderada o severa, respectivamente, del funcionamiento personal, laboral, social y familiar del individuo.<sup>15</sup>

Entre las diez etiquetas diagnósticas identificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) dentro del concepto de **trastorno mental grave**, destacamos los trastornos esquizofrénicos, el trastorno afectivo bipolar, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor, por ser los que acuden con mayor frecuencia al sistema sanitario como consecuencia de las importantes discapacidades crónicas que originan y por presentar una mayor estigmatización debido a las creencias erróneas socialmente aceptadas. Por estas razones, serán los que desarrollaremos con mayor detenimiento en las líneas siguientes, puesto que los profesionales sanitarios debemos cuidar especialmente todos los contactos que tienen este tipo de pacientes con el propio sistema, a fin de garantizar un correcto abordaje de sus procesos de enfermedad.

### **Trastornos esquizofrénicos**

Según la OMS, la **esquizofrenia** “*se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta*”.<sup>16</sup> Los trastornos esquizofrénicos son enfermedades de **curso crónico**, cuya sintomatología se divide en dos grandes grupos: síntomas **positivos** y síntomas **negativos**, aunque se pueden añadir otros síntomas como son los llamados afectivos y cognitivos.

Los **síntomas positivos**, muestran un exceso o distorsión de la función normal de la vida psíquica. Entre ellos, destacan los delirios, alucinaciones, conducta desorganizada y el afecto inapropiado entre otros. Por otra parte, se denominan **síntomas negativos** a todas aquellas manifestaciones que indican un defecto o pérdida de la función normal del estado emocional y de las relaciones interpersonales del individuo. En concreto, la sintomatología negativa suele perdurar más en el tiempo. Así, el paciente esquizofrénico deja de realizar actividades cotidianas que se esperan que lleve a cabo. El aplanamiento y la ambivalencia afectivos, la anhedonia o falta de interés, el aislamiento social y la pobreza del pensamiento y lenguaje son las más características más comunes.<sup>17</sup> Todos estos síntomas generan un gran **impacto** en la vida social, laboral, interpersonal, en el autocuidado de la persona y, en gran medida, en su entorno.<sup>18, 19</sup>

En España se calcula que aproximadamente, 400.000 personas pueden padecer esquizofrenia. Debido al gran desconocimiento de la sociedad en relación a este trastorno, en ocasiones son considerados como discapacitados o incompetentes. El estigma social y la

discriminación dificultan el desarrollo personal. Es fácil observar cómo, la propia persona afectada, termina asumiendo las mismas creencias estigmatizantes (autoestigma), y aunque indudablemente esto no explica el proceso de aislamiento social de la persona afectada, hay que tener muy presente esta dinámica. Además, es considerada la peligrosidad y los actos violentos como la norma habitual y, en realidad, se trata de hechos aislados en este tipo de pacientes. Es por ello, que la divulgación de información de la realidad del enfermo, pueda ser clave para eliminar dicho **estigma**.<sup>17</sup>

### **Trastorno afectivo bipolar**

Se trata de un trastorno mental grave y recurrente que se extiende a lo largo de la vida y que se caracteriza por oscilaciones en el estado de ánimo con **fases de manía** (euforia, delirios de grandeza, agitación, desinhibición, alucinaciones), **hipomanía** (síntomas de fase de manía de menor severidad) o **mixtas** (combinación de síntomas maníacos y depresivos), que, generalmente, se alternan con **episodios depresivos** (anhedonia, tristeza, disforia, aislamiento social)<sup>18, 19</sup>

Los pacientes diagnosticados de un trastorno afectivo bipolar, “cargan” socialmente con prejuicios que les acusan de agresivos, peligrosos o maltratadores. Asimismo, el desconocimiento universal acerca de la estabilidad emocional de éstos, desencadena la aparición de confabulaciones, que alimentan el miedo de la población general hacia este tipo de enfermos. Este hecho, no sólo favorece el desarrollo del autoestigma ni aísla socialmente al paciente, sino que además, se convierte en una muralla infranqueable que entorpece a los propios afectados a la hora de poner en marcha todos aquellos procesos que aseguran una calidad de vida meritoria. Por esta razón, resulta de vital importancia garantizar un correcto abordaje integral por parte del sistema sanitario, a fin de conseguir que el día a día de estos pacientes no se vea mermado por los procesos de estigmatización y las actitudes discriminatorias que estos conllevan.<sup>20, 21</sup>

### **Trastorno límite de la personalidad**

Este tipo de trastorno mental grave, también conocido como trastorno borderline, limítrofe o fronterizo, está caracterizado por una dificultad en la regulación de las emociones. Estas experiencias interiores suelen llevar a la persona a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas.<sup>22</sup> Todo ello, provoca cambios acusados en el estado de ánimo, relaciones interpersonales inestables y, hasta incluso, problemas de autoimagen. Pueden darse

situaciones en las que, estos pacientes, tienen comportamientos suicidas o manifiestan una conducta destructiva, como la autolesión (cortes), para evitar situaciones de abandono real o imaginario.<sup>23</sup> Esta inestabilidad afectiva y conductual afecta en gran medida a la vida de la persona que lo padece, y por supuesto, a su entorno.

### **Trastorno depresivo mayor**

Es una alteración del estado de ánimo caracterizada por la pérdida del interés y la presencia de sentimientos como la tristeza, la ira o la frustración, los cuales interfieren durante un periodo largo de tiempo a la funcionalidad global del individuo. La tristeza pasa de ser una emoción puntual a integrarse en la vida diaria del paciente, desvinculándose de los estímulos externos, razón por la cual éste se convierte, en muchos de los casos, en una persona más vulnerable a mantener ideaciones suicidas y llevar a cabo posibles tentativas de suicidio.<sup>24</sup> Por consiguiente, dicha enfermedad supone un notable **impacto** para la vida del individuo por afectar a su productividad y conllevar un aumento del riesgo suicida del mismo. A su vez, genera daños colaterales, que dañan indirectamente a los cuidadores principales, dado que éstos soportan la elevada carga física y emocional de los cuidados que deben brindarse a estos pacientes, provocando, a la larga, cambios en la estructura y roles del núcleo familiar. Estos escollos hacen que este tipo de enfermos se convierta en uno de los grandes frequentadores de los servicios de urgencias psiquiátricas, por lo que es necesario cuidar sus primeros contactos con el sistema para así garantizar un correcto abordaje.

Actualmente, la depresión mayor, es uno de los trastornos mentales más tolerados por la sociedad por ser considerada una enfermedad “habitual” frente a la cual nadie se extraña. A pesar de ello, el elevado nivel de exigencia en la sociedad actual en cuanto al rendimiento personal y laboral, ha provocado que se identifique a estos pacientes como personas débiles que no han sido capaces de soportar la presión social, fracasando en su intento por conseguirlo. Por lo tanto, estos pacientes deben enfrentarse no sólo al sufrimiento emocional y físico asociado a la propia enfermedad, sino también al **estigma social**, afectando este notablemente al curso de la misma. En consecuencia, el conocimiento público acerca de la depresión, podría ser la clave para acabar con los efectos causados por la estigmatización en estos pacientes.<sup>25</sup>

### **1.3. CONDUCTA SUICIDA**

En el año 2000, la **Organización Mundial de la Salud** pone de manifiesto que:

*“El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio”.*<sup>26</sup>

Este mismo organismo define el **suicidio** como:

*“Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento verdadero del móvil”.*<sup>26</sup>

Numerosas investigaciones acerca del suicidio revelaron que la intencionalidad del comportamiento y de los “*suicidas*”, no siempre era la de acabar con su vida, ni siquiera atentar contra su integridad. El concepto de suicidio abarca desde la **ideación suicida** hasta el **suicidio consumado**, pasando por los **gestos suicidas**, los **intentos de suicidio** y el **suicidio frustrado**.<sup>26</sup> Al tratarse de un concepto tan amplio, dio lugar a considerables y dispares clasificaciones, lo que llevó a la OMS en 1969, a sugerir términos comunes para ayudar a la investigación a su clasificación:

- **Acto suicida:** hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- **Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida.
- **Intento o tentativa de suicidio:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.<sup>27, 18</sup>

El **intento de suicidio** es una urgencia psiquiátrica considerada la más frecuente para algunos autores <sup>26</sup>, constituyendo una gran carga social y económica para las comunidades, llegando a considerarse un problema de salud pública.<sup>18</sup>

Las personas que han protagonizado intentos de suicidios frustrados en el pasado, son más vulnerables a fallecer por suicidio que la población general que no lo haya intentado previamente. Concretamente, un 10% de las tentativas se suicidan en los 10 años siguientes y un 19-24% de los suicidios consumados pertenecen a víctimas que presentaron tentativas anteriormente.<sup>18</sup> Es por ello que, la detección de pacientes de alto riesgo y la realización de un correcto seguimiento y apoyo, es clave a la hora de prevenir el suicidio consumado u otras consecuencias menores.<sup>28</sup>

### **1.3.1. Riesgo de suicidio**

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida, es de gran relevancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. Actualmente, el comportamiento suicida se entiende como fruto de la interacción de diversos factores.<sup>27</sup> El nivel

de riesgo será más elevado cuantos más factores predisponentes estén presentes en el individuo, sin embargo, la importancia de cada factor de riesgo y su clasificación dependerán en cada contexto.<sup>28</sup> Dentro de los factores de riesgo suicida, los más determinantes son la existencia de un intento previo de suicidio, tal y como citamos anteriormente, y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera cierta vulnerabilidad suicida al sujeto.<sup>29</sup>

Existen grandes diferencias entre las muestras de suicidios consumados e intentos de suicidio, las cuales se perciben con mayor claridad en los **factores sociodemográficos**.

### **Factores sociodemográficos**

Son muchos los **factores de riesgo** presentes en la conducta suicida: factores sociodemográficos, factores clínicos (como es padecer una enfermedad mental, una enfermedad crónica incapacitante), factores medioambientales y factores genéticos, bioquímicos y biológicos. Parece probado que, las tasas de suicidio, son mayores en grupos poblacionales vulnerables a ser estigmatizados, como lo son la población transexual y, así mismo, la homosexual. Ello es similar a lo que acontece en la población inmigrante, que junto con la separación del soporte familiar y el desarraigo, la estigmatización contribuye a aumentar las tasas de suicidio de ésta.<sup>29-32</sup>

### **Factores protectores**

En la atención al presuicida, no solamente tendremos que tener en cuenta los factores de riesgo, sino también los factores protectores referidos tanto a su personalidad como a su entorno. Cabe destacar la relevancia de la familia en este proceso, al igual que el grupo social en el que se identifica y relaciona el sujeto. Cuanta más solidez presenten los apoyos de la persona, más posibilidades habrá de neutralizar el impulso suicida.<sup>26</sup> Algunos a considerar serían: nivel de autoestima, buenas habilidades sociales y en resolución de problemas, buen apoyo familiar y sólidas relaciones personales, buena integración social con redes de apoyo comunitario, creencias religiosas y la limitación de acceso a medios de suicidio.

### **1.3.2. Magnitud del problema**

Por sus características, es particularmente sensible a la determinación errónea. Su incidencia puede ser subestimada, está demostrado que el número de muertes por suicidio no informadas es considerable. Según la última infografía publicada por la OMS, más de 1000 personas se suicidan cada día en todo el mundo. En EE.UU, alrededor de 30.000 personas se

suicidan cada año, siendo la octava causa de muerte, y la tercera más frecuente entre los jóvenes.<sup>31</sup>

Las mayores tasas de suicidio tanto en hombres como en mujeres, se dan en Europa. Con respecto al sexo, existe una mayor incidencia en varones en todos los continentes. En España según datos publicados por el INE, en 2016 la tasa promedio es de 7,68 suicidios consumados por 100.000 hab./ año. Entre el 40-50% de los suicidios en nuestro país se da en la población mayor de 60 años, aunque esto está cambiando en los últimos años, disminuyendo la edad.<sup>33</sup>

#### **1.4. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

A pesar de que la presente revisión bibliográfica se desarrolla a nivel internacional, se considera de especial interés realizar una breve descripción de cómo se organiza la atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid, por ser ésta una red de atención que se organiza, al igual que en el resto de comunidades autónomas, de forma distinta al resto de ámbitos que conforman el Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

El **modelo asistencial** que encontramos en la Comunidad de Madrid se basa en el **Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014**, el cual se centra en la atención integral del paciente, atendiendo al modelo biopsicosocial de la enfermedad mental, siendo primordial en él la participación activa del enfermo y sus familiares. El **objetivo fundamental** de dicho modelo consiste en evitar la estigmatización, discriminación y falta de respeto hacia los derechos humanos y la dignidad de aquellos individuos con diagnóstico de trastorno psiquiátrico. Esta labor es llevada a cabo por equipos multidisciplinares, integrados por profesionales sanitarios especializados, que garantizan la continuidad de los cuidados a fin de conseguir la rehabilitación completa del paciente, alcanzando su reinserción social para conseguir así una mayor recuperación a nivel personal y laboral.<sup>34</sup>

La red de servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, brinda atención a la población en base a la zonificación sanitaria general, lo que garantiza una mayor **accesibilidad** a los servicios y una **continuidad** en los cuidados proporcionados.<sup>35</sup> Se trata de una **red integrada**, de forma que en ella se pueden realizar los mecanismos pertinentes de **coordinación entre recursos** (asistenciales, residenciales y rehabilitadores), tales como protocolos de derivación y tratamiento, a fin de garantizar así los flujos de pacientes entre los servicios ambulatorios y hospitalarios. Existe, por tanto, una **comunicación fluida** entre los Servicios de

Atención a la Salud Mental y los Centros de Salud de Atención Primaria, aspecto fundamental puesto que permite la detección precoz y el adecuado seguimiento de la enfermedad mental grave.<sup>34</sup>

Es importante tener en cuenta que, las enfermedades de Salud Mental, son atendidas en una red diferente a la Atención Primaria, como bien se ha visto, puesto que se trata de patologías generalmente graves y crónicas, que requieren de una formación especializada y continuada por parte de los profesionales sanitarios. Este trabajo es pilotado en los **Centros de Salud Mental** (CSM), donde el equipo de enfermería gestiona la atención de estos pacientes mediante la coordinación con diferentes servicios, como son los propios centros de atención primaria, los dispositivos de rehabilitación, las unidades de hospitalización breve, los hospitales de día, los centros de atención integral a drogodependientes y determinadas instituciones no sanitarias, como son las asociaciones de familiares o los servicios sociales, educativos y jurídicos.<sup>35</sup>

En relación a ello, destacar la labor realizada por la **Enfermera Especialista en Salud Mental**, que es la encargada de liderar y gestionar los cuidados destinados al paciente con enfermedad mental, participando en cada una de las comisiones convocadas para la planificación y organización de los mismos y coordinando la atención entre los diferentes recursos.<sup>35</sup> Su tarea se convierte, por tanto, en fundamental para la evolución clínica de los pacientes psiquiátricos, puesto que favorece su rehabilitación y posterior reinserción social.

## **1.5. REPERCUSIÓN DEL ESTIGMA SOBRE EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LA CONDUCTA SUICIDA**

Se puede establecer una relación directa entre la elevada carga sanitaria que supone este tipo de enfermedades y el estigma que padecen los pacientes afectados, por el mero hecho de sufrir un trastorno psiquiátrico. A pesar de la lucha activa que han mantenido múltiples entidades a lo largo de las últimas décadas, las graves consecuencias asociadas a este tipo de patologías, como el sufrimiento, la discapacidad o las pérdidas económicas, no han dejado de agudizarse en la sociedad actual, puesto que las enfermedades mentales y las conductas suicidas siguen siendo, a día de hoy, todavía víctimas del estigma.

El estigma sigue vigente en el mundo contemporáneo debido, fundamentalmente, al desconocimiento y las erróneas concepciones sociales que han sido arraigadas en la población general. Por lo que, el estigma, incide en el pronóstico y evolución de las enfermedades mentales y, en consecuencia, también en las conductas suicidas. Este hecho significa un aumento del sufrimiento de la persona afectada y sus familiares, así como un incremento del

uso de los recursos sanitarios con el consiguiente impacto en el gasto del sistema. Otras de las consecuencias del estigma es el aumento del riesgo de exclusión social, que precipita a estos pacientes hacia la marginalidad.

Así, tal y como afirman los psicólogos estadounidenses **Patrick Corrigan** y **Petra Kleinlein** en la obra del primero de estos, *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, el propio estigma y los consiguientes estereotipos, prejuicios y discriminaciones socialmente ligados a los procesos de enfermedad mental:

*“Pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal”.*<sup>2</sup>

En el caso concreto de la conducta suicida, el estigma evita que, el individuo que ha pensado en alguna ocasión en quitarse la vida o que ya ha realizado alguna tentativa previa, busque ayuda. Este hecho provoca que los afectados no reciban la asistencia profesional que precisan y que, por contra, sufran un mayor aislamiento provocado por los estereotipos y prejuicios aceptados socialmente, lo que genera como consecuencia directa un considerable aumento de su vulnerabilidad y un incremento del riesgo potencial de suicidio.

En relación a ello, es importante tener en cuenta que, en la gran mayoría de casos, es la sociedad la que unifica la palabra suicidio con un acto propio de “*locos*”. Es por ello que, muchas de las personas que sobreviven a un intento de suicidio, sufren el rechazo ligado al estigma existente hacia esa “*locura*”, sintiéndose avergonzados de la acción que realizaron en el pasado, lo que les puede llevar a idear un nuevo intento de suicidio en el futuro.<sup>31</sup> Asimismo, resulta frecuente que el propio entorno de la persona que ha sufrido un intento de suicidio fallido, niegue el mismo, tratándolo en la gran mayoría de los casos como un mero “*accidente*”. La asociación de suicidio y locura, así como la posterior negación del intento de suicidio fallido, favorecen la aparición del **autoestigma**, tanto en el individuo afectado como en su propia familia, potenciando el aislamiento social de éstos y el incremento del temor de los mismos a que la sociedad descubra la verdadera causa y razón de las acciones y conductas del enfermo.<sup>26</sup>

Por tanto, el estigma supone ser una barrera sólida, tanto en el caso de los individuos que presentan una conducta suicida como en aquellos que sufren un trastorno psiquiátrico aislado, aspecto que obstruye no sólo la atención de este tipo de pacientes, sino también su integración social. No obstante, es importante tener en cuenta que, los elementos estigmatizantes, aparecen mayoritariamente cuando los pacientes psiquiátricos salen de la red



de atención especializada en sus patologías y centrada en sus cuidados, la cual se dirige, como bien se ha descrito en el apartado anterior, desde los Centros de Salud Mental (CSM). Aunque la fluidez y la comunicación entre profesionales y dispositivos constituyen uno de los objetivos básicos de la Red de Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, éstos no terminan de cumplirse en la realidad, debido fundamentalmente a la falta de formación de los profesionales que trabajan fuera de la red de atención a la Salud Mental.

En el caso concreto de los individuos que presentan conductas suicidas, no se ha llegado a plantear una adecuada prevención, debido a una ausencia de sensibilización entre los profesionales sanitarios, que no identifican el suicidio como un problema de salud pública y lo tratan como un tema tabú que impide analizarlo abiertamente.<sup>31</sup> Todo ello, asociado a creencias erróneas todavía a día de hoy vigentes entre los profesionales de la salud, como la peligrosidad o el desahucio de este tipo de trastornos y conductas, va a fomentar también la aparición de estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias hacia este tipo de pacientes dentro del propio ámbito sanitario, infiriendo una involución clínica en el proceso de enfermedad de estos.

La presencia cada vez más habitual de este tipo de estigma en la práctica asistencial, también denominado **estigma institucional**, conllevó a que la Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería de la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid promoviera en el año 2015 el lema “*Cuidar sin miedo*”, con el objetivo fundamental de concienciar a los profesionales sanitarios sobre las graves consecuencias asociadas al estigma y discriminación de la enfermedad mental, haciendo un gran hincapié en la necesidad de normalizar la integración de la misma en los diferentes niveles de atención. Para ello, se identificó como imprescindible la formación del personal sanitario en el ámbito de la Salud Mental, para así conseguir una mayor humanización de los cuidados y una mejor labor facultativa. Este aprendizaje facilita, entre otras cosas, la provisión de herramientas que permiten contrarrestar la ansiedad comúnmente identificada entre los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes psiquiátricos y con conductas suicidas, la cual se asocia generalmente a los estereotipos relacionados a nivel social con este tipo de enfermedades.<sup>36</sup>

La consigna “*Cuidar sin miedo*” defiende la necesidad de escuchar y demostrar interés y entendimiento al paciente con trastorno mental, evitando etiquetas despectivas y creencias erróneas respecto al mismo. Es importante reconocer y asumir sus sentimientos, orientarle sobre el proceso de enfermedad, hacerle partícipe en la toma de decisiones y facilitar la normalización e integración de sus trastornos o conductas en la vida cotidiana del enfermo y su

familia, aspectos que permitirán reforzar la relación terapéutica con los mismos, garantizando la atención integral al enfermo y su entorno y la continuidad de sus cuidados.<sup>36</sup>

## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL TRABAJO**

Los trastornos mentales son un problema de primer orden en la sociedad contemporánea, debido al impacto que provoca tanto en las personas afectadas como en su entorno. En la actualidad, afectan a un 15-25% de la población general y, en el caso concreto de España, a un 9%, aunque se estima que más de un 15% de la población padecerá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida.<sup>14</sup>

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que, los trastornos mentales, representan uno de los factores de riesgo principales para el desarrollo de otras enfermedades o el padecimiento de lesiones, ya sean éstas deliberadas o no.<sup>37</sup> De forma que, si no se interviene y, por contra, se estigmatiza a este tipo de pacientes por el mero hecho de padecer un trastorno mental, se van a producir graves consecuencias sobre el curso de la propia enfermedad. Este hecho genera, tal y como se ha descrito anteriormente, una involución clínica y, por consiguiente, este colectivo sufrirá, muy probablemente, una peor salud física y psíquica, vulnerabilizándoles frente al padecimiento de otras enfermedades y afecciones, como pueden ser las ideaciones suicidas e intentos autolíticos, asociados a la incomprensión y discriminación que soportan por parte de la sociedad en la que, desgraciadamente, en la gran mayoría de los casos, no llegan a sentirse integrados.

En relación a ello, destacar que, más de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, encontrando entre sus principales factores de riesgo el padecimiento de trastornos mentales.<sup>2</sup> A pesar de que, actualmente, el suicidio es la segunda causa de muerte en las personas cuya edad comprende entre los 15-29 años,<sup>37</sup> tan solo 28 países han incluido entre sus prioridades sanitarias estrategias para su prevención. Por ello, cabe reseñar el punto de inflexión que supondría el aumento de la sensibilidad de la población general en relación a este tipo de trastornos y conductas, aspecto que permitiría superar el tabú asociado a los mismos para así progresar en su prevención y tratamiento a nivel global.<sup>31</sup>

En el momento actual nos podemos encontrar con facultativos que no disponen de la formación adecuada, lo que lleva a que éstos implementen indirectamente creencias erróneas hacia este tipo de trastornos y conductas, debido a que éstas son aceptadas socialmente, y por

consiguiente, surgen elementos estigmatizantes hacia estos pacientes en la práctica asistencial, lo que dificulta, más si cabe, la atención a los mismos y sus familias, quienes suelen evitar recurrir a la ayuda de expertos para solventar sus problemáticas.

Por todo ello, consideramos ampliamente relevante la realización de un trabajo como éste, que aúne sus esfuerzos en visibilizar la estigmatización que sufren los pacientes que presentan trastornos mentales graves y conductas suicidas, no sólo por la elevada frecuencia con la que se producen este tipo de actitudes y comportamientos discriminatorios, sino también por las importantes secuelas que generan a nivel personal, laboral y social en la vida cotidiana de estos enfermos y sus familias, afectando de forma nociva a su propio desarrollo vital. Se trata de un tema notoriamente desconocido para la población general, tratado mayoritariamente por la sociedad como un tema tabú por el miedo y la peligrosidad que erróneamente suscita, pero, verdaderamente, es un problema de gran magnitud, tal y como demuestran los datos reflejados en el presente trabajo, que debe ser abordado desde el ámbito enfermero, e indiscutiblemente, por todo profesional sanitario.

Por lo tanto, el objetivo de la presente revisión, al que se pretende dar respuesta mediante la búsqueda y el análisis de la bibliografía existente hasta la fecha, se centra en: *“Conocer el grado de contribución que tienen los profesionales sanitarios, dentro de su labor asistencial, en el estigma que sufren los pacientes que presentan conductas suicidas o que han sido diagnosticados de un trastorno mental grave”*.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo de la presente revisión narrativa, procedimos a realizar búsquedas bibliográficas en las siguientes **bases de datos**: PubMed, CINAHL, PsycINFO, SciELO y CUIDEN.

Para poder llevar a cabo la mayor parte de las búsquedas se ha utilizado el **lenguaje controlado**, empleando los términos obtenidos a través de las siguientes herramientas: Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en PubMed, descriptores de CINAHL, los tesauros de PsycINFO y las palabras clave en CUIDEN. Posteriormente, estos términos se han asociado entre sí mediante operadores booleanos AND y OR para alcanzar una interrelación apropiada.

Asimismo, se ha utilizado en menor medida el **lenguaje libre**, a fin de conseguir ampliar la información en aquellas búsquedas en las que no se hayan obtenido resultados positivos mediante el empleo del lenguaje controlado. Para ello, en algunas ocasiones se ha aplicado el símbolo “\*” tras un lexema, para obtener todos los resultados asociados a una misma familia léxica y, de este modo, no perder artículos que pudiesen ser de interés.

Los **términos** usados en este trabajo han sido: *stereotyping* (estigmatización), *social stigma* (estigma social), *prejudice* (prejuicio), *mental disorders* (trastornos mentales graves), *suicide* (suicidio, término que engloba el intento de suicidio), *nursing* (enfermería), *professional-patient relations* (relación paciente- profesional sanitario) y *patient care management* (manejo de los pacientes). Excepcionalmente, se ha utilizado el descriptor "Attitude of Health Personnel" en la base de datos PubMed y el tesaurus "Schizophrenia" en la base de datos PsycINFO, para profundizar más en las búsquedas y encontrar artículos más específicos.

Para la obtención de artículos oportunos y en relación a nuestros objetivos, las búsquedas fueron limitadas por filtros. En la totalidad de las búsquedas realizadas, se acotó la búsqueda a los artículos publicados en los últimos 10 años y ocasionalmente, se aplicó el filtro de idioma para la obtención de resultados en inglés y español. Asimismo, se utilizó el límite “Review” en aquellos casos en los que, al realizar la estrategia de búsqueda planteada, los artículos encontrados superaban la centena, a fin de trabajar así con cifras más manejables.

Teniendo en cuenta nuestros objetivos en el presente trabajo, se aplican los siguientes **criterios de inclusión y exclusión** para delimitar y concretar los resultados:

- **Criterios de inclusión:**

1. Artículos que vayan dirigidos o impliquen a cualquier profesional sanitario.
2. Artículos que contengan información referente a cualquier nivel asistencial, es decir, atención especializada, primaria o extrahospitalaria.
3. Artículos referentes al paciente adulto y/o anciano.
4. Artículos centrados en la salud mental en términos generales y/o en las enfermedades mentales incluidas dentro del concepto de trastorno mental grave anteriormente definido.
5. Artículos internacionales, sin establecer distinción independientemente del lugar de origen del estudio o país en el que este haya sido desarrollado.

6. Artículos con no más de 10 años de antigüedad.
7. Artículos redactados en inglés y/o español.
8. Artículos disponibles a texto completo.

- **Criterios de exclusión:**

1. Artículos referentes al ámbito pediátrico.
2. Artículos centrados en otras enfermedades mentales no incluidas dentro del concepto de trastorno mental grave anteriormente definido.
3. Artículos de acceso restringido.

Una vez realizadas las búsquedas, se llevó a cabo una primera selección manual de artículos mediante lectura de título y resumen, descartando aquellos que no cumplían los criterios nombrados anteriormente. En la segunda selección, se procedió a la lectura completa de los artículos cribados a fin de determinar si éstos se ajustaban a los objetivos del trabajo. En la tabla que se muestra en el *Anexo 2* aparecen resumidas las estrategias de búsqueda, así como el proceso de selección de artículos.

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En la revisión efectuada, finalmente han sido seleccionados 28 artículos. Se han incluido 19 revisiones bibliográficas, seis estudios cualitativos, de los cuales tres son etnográficos o transculturales; un estudio descriptivo transversal y dos artículos de revista. Todos ellos están redactados en inglés o español y con acceso a texto completo. Para un mayor y más profundo conocimiento de los mismos, véase *Anexo 3*.

Con el fin de cumplir el objetivo de la presente revisión y realizar un correcto estudio de los resultados, se han establecido diferentes unidades de análisis, las cuales pasamos a desarrollar en las siguientes líneas.

### **4.1. ESTADO ACTUAL DEL ESTIGMA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO**

#### **4.1.1. Aspectos generales y causas de la estigmatización**

Adalberto Campo-Arias y Edwin Herazo, psiquiatras pertenecientes al grupo colombiano de investigación del comportamiento humano, pusieron de manifiesto en el año 2014 que el **estigma** surge en el momento en el que una idea preconcebida (estereotipo) sobre

un atributo o rasgo de un determinado grupo social toma una connotación negativa (prejuicio), estableciendo así actitudes discriminatorias que niegan algún tipo de derecho a los individuos que conforman dicho grupo estigmatizado, como es el caso de las personas que padecen un trastorno mental grave.<sup>38</sup> Otros expertos en la materia, como Julio Arboleda-Flórez y Heather Stuart, sostienen que, la **diferencia de poder**, es la causante principal de la aparición de conductas estigmatizantes, puesto que sólo los grupos de poder, disfrutantes del éxito, son capaces de crear **desigualdades** a nivel social, donde, desgraciadamente, las personas que padecen trastornos mentales graves o conductas suicidas carecen de valor, siendo marginadas, excluidas y privadas de derechos por sus “superiores”. En concreto, se puede señalar como grupo de poder a los medios de comunicación, los cuales identifican, en numerosas ocasiones, a las personas con enfermedades mentales como impredecibles, violentos y peligrosos, creando así ideas equívocamente preconcebidas entre la población.<sup>39</sup> Por tanto, la propia sociedad, tal y como explican Jan Horsfall, Michelle Cleary y Glenn E. Hunt, percibe erróneamente a este tipo de pacientes como una **amenaza** y, como tal, consciente o inconscientemente, se protegen de ella mediante conductas de evitación.<sup>40</sup>

Autores como el croata Slađana Štrkalj-Ivezić, afirman que la estigmatización de las personas con enfermedades mentales dentro de la práctica asistencial, es todavía más **difícil** de cambiar que a nivel social.<sup>41</sup> Esto puede estar asociado al tipo de relación que mantienen los profesionales sanitarios con estos pacientes, la cual está basada en **interacciones mucho más complejas** y dotadas de un **elevado grado de responsabilidad** asociada a la propia asistencia de los mismos, aspectos ausentes, como es evidente, entre la población general que no se encarga de su cuidado. Este hecho provoca que los profesionales sanitarios sean mucho menos optimistas de cara a la recuperación de la enfermedad mental en comparación al público general.<sup>40</sup> Este tipo de actitudes desconfiadas repercuten de forma altamente perjudicial en el curso de la enfermedad psiquiátrica, puesto que el profesional sanitario, en lugar de proporcionar un soporte adecuado al paciente durante la evolución del trastorno, termina por estigmatizarlo ante esa falta de esperanza de cara a su rehabilitación y reinserción social, laboral y personal.<sup>41</sup>

Otra de las causas que podemos asociar al estigma institucional que sufren estos pacientes, es claramente la **falta de formación y capacitación** que, autores anteriormente citados como Jan Horsfall, Michelle Cleary y Glenn E. Hunt, han identificado entre los profesionales sanitarios, carencias que generan inconsciencia de cara a la atención de la enfermedad, lo que da lugar a la emersión de actitudes negativas, intervenciones defensivas y

conductas de evitación en la práctica asistencial.<sup>40</sup> A su vez, la **falta de experiencia** provoca que muchos profesionales desacrediten a las enfermedades mentales como “verdaderas enfermedades”, término vinculado por excelencia a las enfermedades físicas, y como consecuencia de ello, consideran que no presentan requisitos de atención dentro del propio sistema de salud.<sup>38</sup> Otro factor a tener en cuenta, según Isabel Maria de Assunção, José Carlos Pereira y Luís Manuel de Jesús, es la **falta de contacto directo** con personas diagnosticadas de algún trastorno mental. Este se trata de un elemento fuertemente relacionado con la generación de sentimientos de miedo y el aumento del nivel de distanciamiento social por parte de los futuros y actuales profesionales sanitarios. Tanto es así que, estos autores, consideran que las estrategias educativas en estudiantes de enfermería tienen más efectos positivos a largo plazo cuando se asocian con el contacto directo con personas con trastornos mentales para el logro del reconocimiento del paciente de salud mental como una persona real y en consecuencia, la erradicación de ciertas creencias estigmatizadoras.<sup>42</sup>

Por otra parte, Jazmín Mora-Ríos y Natalia Bautista refieren que, el personal sanitario suele experimentar **impotencia e incertidumbre** frente a los casos complejos en los que se presentan múltiples condiciones de vulnerabilidad social, lo que suele dar lugar a la desatención o a la indiferencia de los pacientes de salud mental.<sup>43</sup> Asimismo, Slađana Štrkalj-Ivezić identifica claros problemas de actitud y comportamiento entre sanitarios, basados en **prejuicios y actitudes discriminatorias** respectivamente.<sup>41</sup>

Aunque, generalmente, los profesionales sanitarios estigmatizan a los pacientes psiquiátricos de forma inconsciente, este tipo de estigmatización supone **una cuarta parte del estigma total** que recibe este colectivo.<sup>39</sup> No obstante, es importante tener en cuenta que, según los estudios, los profesionales que trabajan en el ámbito de la psiquiatría estigmatizan menos que el resto de profesionales.<sup>40</sup> En relación a ello, si establecemos una comparativa entre psiquiatras y enfermeras, tal y como realizan Xiao A. y asociados en su estudio cualitativo desarrollado en el Hospital Psiquiátrico Guangzhou de China, podemos ver cómo, las **enfermeras**, estigmatizan menos que los psiquiatras, defendiendo, como responsables diarias de la gestión de los cuidados de estos pacientes, que no son peligrosos ni un estorbo para la sociedad. Por el contrario, los **psiquiatras**, encargados de planificar, supervisar y guiar su evolución clínica y tratamiento, respaldan más firmemente las creencias biopsicosociales que identifican a los enfermos psiquiátricos como violentos, débiles e incompetentes.<sup>44</sup> Concretamente, Wulf Rössler señala en relación a los psiquiatras que, cuanto más conocen el cuadro clínico de una enfermedad mental, más estigmatizan al paciente que la padece.<sup>45</sup>

Siguiendo la misma línea, Lauber llevó a cabo un estudio en Suiza que reveló que los psiquiatras tienen puntos de vista más estigmatizadores en comparación con otros grupos profesionales del ámbito sanitario, siendo más propensos a considerar al paciente psiquiátrico como más peligroso, menos hábil y más socialmente perturbador.<sup>39</sup>

Los profesionales sanitarios etiquetan a las personas con enfermedad mental como **pacientes difíciles de manejar**, aspecto que no sólo dificulta la relación profesional-paciente, sino que además, hace menos probable que éstos prioricen sus esfuerzos en mantenerlos involucrados dentro de la red de atención, como bien hemos citado con anterioridad. Este hecho se debe fundamentalmente a los estereotipos problemáticos tradicionalmente vinculados a la patología mental, descritos por Patrick Corrigan y asociados como personas **peligrosas** que la población evita, considerándoles **culpables** de la discapacidad que sufren a causa del carácter débil que presentan e **incompetentes**, requiriendo la presencia continua de figuras de autoridad encargadas de tomar decisiones por ellos. Como consecuencia, la sociedad y, por consiguiente, los profesionales sanitarios, establecen una **separación** entre “ellos” y “nosotros”, aspecto que justifica el rechazo y exclusión de este tipo de pacientes de los contextos sociales considerados como “normales”. Precisamente, los profesionales sanitarios suelen actuar de manera injusta, con menosprecio y culpa, movidos por dichos estereotipos, lo que afecta de manera directa a la **comunicación** y **confianza** que los pacientes psiquiátricos pueden tener depositada en sus gestores de salud, dificultando así la comprensión, evaluación y respuesta de estos profesionales a las necesidades médicas de los mismos.<sup>46</sup>

#### 4.1.2. Consecuencias de la estigmatización

El estigma institucional genera en el paciente psiquiátrico principalmente **discapacidad, aislamiento social y autoestigma**. Este último se origina como resultado de la interiorización previa al diagnóstico de los estereotipos colectivos sobre la enfermedad mental que han sido socialmente difundidos, de manera que, cuando se produce la confirmación de la enfermedad, la imagen positiva que el paciente tiene sobre sí mismo se ve altamente amenazada, afectando a su autoestima, autoeficacia y perspectiva de recuperación.<sup>41</sup> El autoestigma, que cuenta con una prevalencia del 41,7% en las personas con trastorno mental grave, puede llegar a generar además un agravamiento de los síntomas de la enfermedad y una peor adherencia terapéutica que, cuanto menor es, mayor incremento de costes y reingresos hospitalarios produce.<sup>47</sup>



Asimismo, el estigma institucional provoca la aparición de **barreras en el acceso a los servicios de atención a la salud mental**, puesto que los pacientes y también sus familiares ocultan su sufrimiento a fin de evitar el rechazo, lo que incrementa la gravedad de los síntomas y, por consiguiente, en muchos de los casos, aumenta el riesgo potencial de suicidio.<sup>39</sup> Además, tal y como manifiesta Zubair, el estigma detectado resulta en acciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades físicas y en consecuencia mayores tasas de mortalidad.<sup>48</sup> En relación a ello, destacar que, Patrick Corrigan, afirma que los pacientes psiquiátricos eluden recurrir a la ayuda de expertos para tratar sus problemas a fin de evitar el estigma público y la vergüenza asociada al propio trastorno, mientras que Georg Schomerus y Matthias Claus Angermeyer, sostienen que éstos actúan así para prevenir la discriminación y el autoestigma.<sup>49</sup> En concreto, para evitar dichas consecuencias, los pacientes acceden únicamente a los servicios de atención cuando experimentan un deterioro importante, momento en el que los efectos son tan graves que resultan difíciles de revertir, tal y como afirman los expertos Claire Henderson, Sara Evans-Lacko y Graham Thornicroft.<sup>50</sup>

De igual forma, autores como Carole Farley-Toombs, Lorena Pérez, Eva Ultreta y M<sup>a</sup> José Lopera, sostienen que la estigmatización de este tipo de pacientes no sólo afecta a sus **relaciones sociales**, sino que además perjudica a la capacidad de los mismos para conservar el **empleo** o la **vivienda**.<sup>46, 51</sup> Más concretamente a nivel institucional, Farley-Toombs señala que, la estigmatización, lleva a los profesionales sanitarios a **infradiagnosticar** a las personas con enfermedades psiquiátricas, quienes como consecuencia del rechazo que sufren por parte de dichos expertos, terminan por **subutilizar los recursos de atención** o **interrumpir el tratamiento** impuesto, tal y como afirman otros autores también reseñados en la presente revisión.<sup>46</sup>

Es importante también tener en cuenta que, tal y como afirman Kathleen R. Delaney y Rafael del Pino López, el estigma rompe el enfoque centrado en la persona, afectando de manera directa a la **recuperación, bienestar** y **calidad de vida** del paciente.<sup>52, 53</sup> Asimismo, la primera autora añade que el estigma impide al individuo descubrir sus propias fortalezas, destruyendo su esperanza, autodeterminación, autonomía, autoestima, creatividad y empoderamiento, así como lo distancia de los recursos que necesita para lograr una conexión social y supervivencia básica.<sup>52</sup>

Por último, es importante tener en cuenta que, tal y como expuso Gary en el año 2005, encontramos grupos poblacionales que sufren un **doble estigma**, que son fundamentalmente hombres y jóvenes. Los primeros, cargan con los estereotipos de género que los identifican

como personas fuertes y estoicas, interactuando así con los estereotipos asociados a la enfermedad mental que, en contraposición, los equiparan a individuos débiles. Por su parte, los segundos, pueden llegar a sentir disonancia entre su propia identidad social y los estereotipos vinculados a la patología psiquiátrica.<sup>49</sup> Asimismo, Mizock y Russinova exponen que niveles combinados de estigma pueden interferir en la aceptación de la enfermedad mental.<sup>51</sup> Cabe destacar por tanto que, en caso de estigmatizarse a este tipo de pacientes a nivel institucional, las consecuencias serán mucho peores en comparación con la población general.<sup>49</sup>

#### **4.1.3. Estigmatización de los trastornos mentales graves y la conducta suicida**

Tal y como se viene desarrollando a lo largo de la presente revisión, ésta se centra en la conducta suicida y en determinados trastornos mentales graves más concretamente por presentar una mayor vulnerabilidad ante la estigmatización dada su sintomatología. Por esta razón, se pasa a desarrollar en las siguientes líneas los resultados extraídos de los artículos revisados con anterioridad, que centran de forma exclusiva la totalidad o parte de su contenido en dichas patologías, para poder ampliar así los conocimientos existentes entorno a la estigmatización de las mismas.

#### **Trastornos esquizofrénicos**

El 85% de las personas con esquizofrenia sufren algún tipo de estigma.<sup>38</sup> Dichos pacientes son especialmente percibidos como **incompetentes, débiles y peligrosos**, así como tradicionalmente se considera que presentan una mayor dificultad de cara a la **recuperación y reinserción social** en comparación con el resto de trastornos mentales.<sup>41</sup> Franco Mascayano, Walter Lips, Carlos Mena y Cristóbal Manchego constatan en su revisión que, el rechazo social suele ser mayor en aquellos individuos con trastornos psiquiátricos que están relacionados con una mayor sensación de peligrosidad, rareza conductual y una menor creencia en la efectividad del tratamiento, como es el caso de personas con esquizofrenia.<sup>54</sup>

En relación a este último punto, Tanya M. Caldwell y Anthony F. Jorm llevaron a cabo en Australia un estudio con diferentes profesionales sanitarios, a quienes preguntaron sobre las perspectivas de recuperación a largo plazo en pacientes con esquizofrenia. Los resultados reflejaron que sólo un 2% de los psiquiatras confiaba en la recuperación completa de sus pacientes, frente al 9% de las enfermeras especialistas en salud mental y el 30% del público general.<sup>39</sup>

Centrando la atención en el estigma institucional, no se puede obviar que las personas con esquizofrenia se enfrentan a claras **desigualdades en la recepción de la atención**. Según describen autores como David Lawrence y Steve Kisely, estos pacientes presentan una mayor mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, puesto que poseen tasas más bajas de intervenciones quirúrgicas por su mera condición clínica. Asimismo, tienen menor probabilidad de recibir un tratamiento anticoagulante o ser sometidos a una arteriografía tras un accidente cerebrovascular.<sup>55</sup>

Por último, citar que, actualmente, se encuentran diferentes iniciativas centradas en **reducir el estigma** hacia las personas con esquizofrenia. Se trata de programas como “*Friends for schizophrenia*”, desarrollado en Turquía, y “*Open the doors*”, implementado en 20 países a nivel mundial, que tienen como objetivos reducir la distancia social y derribar las falsas creencias asociadas a la enfermedad.<sup>56</sup>

### **Trastorno afectivo bipolar**

Revisiones sistemáticas, como la realizada por Nell Ellison, Oliver Mason y Katrina Scior, revelan que las personas diagnosticadas de un trastorno afectivo bipolar son consideradas **menos violentas** que aquellas que padecen esquizofrenia. Asimismo, es identificada como **menos detectable** que la depresión, sin embargo, se estima que es una de las enfermedades mentales **más proclives al reajuste social** a pesar de la clínica que lo caracteriza.<sup>57</sup>

En cuanto al **estigma institucional**, subrayar que se produce mayor rechazo hacia este tipo de pacientes en comparación con aquellos que sufren depresión. Los profesionales sanitarios consideran que, los episodios de **manía**, son más peligrosos que los episodios depresivos, así como la ansiedad y la demencia; pero sostienen que éstos son menos peligrosos e impredecibles en comparación con las adicciones y la esquizofrenia. Además, es importante tener en cuenta que, las mujeres y las personas más jóvenes, tienden a estigmatizar menos en el desarrollo de la práctica asistencial a las personas con trastorno afectivo bipolar, desechando así las creencias populares que les identifican como individuos violentos.<sup>57</sup>

### **Trastorno límite de personalidad**

La estigmatización por parte de los profesionales sanitarios, genera en los individuos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad sentimientos de **miedo y desesperación**. Los profesionales desarrollan inconscientemente **conductas de rechazo** hacia estos pacientes,

lo que deriva en situaciones de confrontación con los mismos, dificultando así la propia adherencia terapéutica durante el proceso.<sup>58</sup>

Lo cierto es que, tal y como sostienen investigadores como Lindsay Sheehan, Katherine Nieweglowski y Patrick Corrigan, los pacientes diagnosticados de este trastorno, **despiertan menos “simpatía”** entre los profesionales sanitarios, quienes piensan que son molestos e indignos, suponiendo un obstáculo para la instauración de un tratamiento adecuado. Según los estudios, las **enfermeras**, contra pronóstico en comparación a cualquier otro trastorno psiquiátrico, estigmatizan más que los **psiquiatras**, quienes presentan más bajas tasas de empatía. Asimismo, Egan y asociados muestran resultados reveladores que, en contraposición a afirmaciones anteriormente planteadas, manifiestan que, cuanto mayor experiencia se tiene en el trato con este tipo de pacientes, más se estigmatiza a los mismos, algo que se asocia a la frustración continua que genera en los profesionales la inestabilidad emocional que caracteriza a estos enfermos.<sup>59</sup>

Se debe tener en cuenta que los servicios de atención no están bien diseñados para satisfacer las necesidades de estos pacientes. Todo ello, unido a la estigmatización que los mismos reciben por parte de los profesionales, reduce considerablemente la calidad de su atención.<sup>59</sup>

### **Trastorno depresivo mayor**

El 72% de las personas con trastorno depresivo, sufren algún tipo de estigma.<sup>38</sup> Dicho estigma, producido como consecuencia del **desconocimiento** acerca de la propia enfermedad, provoca que los pacientes se sientan responsables de la misma. La **idea de culpabilidad**, generalmente varía en función del factor externo al que se asocia al trastorno. En aquellos casos en los que el trastorno depresivo está causado por un problema económico, tanto el estigma público como institucional, se ven reducidos, puesto que éste es más aceptado socialmente al considerarse más responsable del mismo al problema económico que al individuo.<sup>60</sup>

Según Rössler, el trastorno depresivo mayor sufre menos estigmatización que la esquizofrenia, puesto que no sólo genera mayor simpatía, sino que además la población está más familiarizada con el mismo.<sup>45</sup>

### **Conducta suicida**

La conducta suicida se asocia, en un 90% de los casos, a los trastornos mentales. El **riesgo de suicidio**, es todavía mayor en el caso de las patologías psiquiátricas más graves

anteriormente descritas, así como en los trastornos de la ansiedad.<sup>38</sup> En ocasiones, el acto suicida se representa como una manifestación de impotencia y fracaso ante las agresiones, rechazo o actitudes estigmatizantes del entorno.<sup>61</sup> Por cada unidad que el estigma aumenta sobre dichas enfermedades, el riesgo de suicidio se incrementa en un 0,46% en la población general.<sup>38</sup>

Como dice Szasz, actualmente la visión del suicidio como una manifestación de la enfermedad mental, es presentada no solo como verdadera, sino como beneficiosa tanto para los pacientes como para la población, pero este atributo es un arma de doble filo, ya que no se les trata como un ser malvado por sus actos, pero sí que se les estigmatiza al ser considerados “locos”. Asimismo, Duncan afirma que el estigma es algo que se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, en un contexto y una realidad determinada. Así, el estigma del suicidio, afecta no solamente a la persona que lo vive sino también a su **familia**, quienes deberán ser considerados en el proceso terapéutico.<sup>61</sup>

Aún habiendo pasado bastante tiempo del intento de suicidio, los familiares no suelen ser capaces de describir las circunstancias con claridad. Además del sentimiento de culpabilidad por no haber evitado la situación, la vergüenza asociada al estigma que viven los familiares de estos pacientes, suele ser el sentimiento más difícil de sobrellevar. Es por este motivo, por el que tienden a usar inconscientemente la técnica de “**ocultación familiar**” que tiene como objetivo proteger de la posible repercusión social a la persona afectada y a su entorno.<sup>61</sup>

La principal consecuencia que supone la estigmatización del paciente con conducta suicida, es la barrera que experimentan para **acceder a los servicios especializados** en la salud mental y recurrir así a la ayuda de expertos para el manejo de la clínica. Este hecho, conlleva, además, el **incumplimiento terapéutico** y, por consiguiente, se produce un nuevo aumento del riesgo de consumir el suicidio.<sup>38</sup>

A pesar de haber presenciado la muerte en su ámbito de trabajo, los profesionales sanitarios aún encuentran muchas dificultades en tratar con personas que intentan suicidarse, ya que lo encuentran como una confrontación a la práctica asistencial. Los **profesionales de enfermería**, deben desmitificar conceptos y orientar a la familia para lograr la recuperación de la persona con intentos de suicidio. Conocer las creencias y la experiencia de la persona con conducta suicida y su familia con el sistema sanitario, pueden ayudar a dichos profesionales a llevar a cabo la eliminación de estos prejuicios. De igual modo, una evaluación cuidadosa centrada en el paciente y basada en la evidencia científica, las competencias humanas y el

significado social y cultural de la conducta suicida será significativa en el cuidado integral a la persona y su familia.<sup>61</sup>

#### 4.2. EXPERIENCIAS DE PACIENTES Y FAMILIARES

La narración de la vivencia personal de los pacientes y sus familiares, se recoge en numerosas investigaciones cualitativas para ayudar a la comprensión del estigma que estos protagonizan y, al mismo tiempo, para la identificación de actitudes estigmatizadoras concretas como la percepción de la discriminación y el rechazo por parte de los profesionales sanitarios.<sup>62</sup>

Tal y como se manifiesta en las entrevistas realizadas en 2014 por Jazmín Mora-Ríos y Natalia Bautista, las principales **fuentes de estigma percibidas** por los pacientes, de los cuales el 90% estaban diagnosticados de un trastorno mental grave, fueron los profesionales de la salud y sus propios familiares. En el caso de la familia como agente estigmatizador, las incriminaciones, regaños y el uso de apodos o calificativos se encuentran entre las prácticas más comunes advertidas por los sujetos.<sup>43</sup> En relación a ello, según Jan Horsfall, Michelle Cleary y Glenn E. Hunt, las **reacciones emocionales más comunes** al estigma referidas por los pacientes son la vergüenza, la culpa y la ira.<sup>40</sup> Cabe destacar que, en ocasiones, se producen cambios drásticos e importantes en las relaciones que mantiene el paciente con sus familiares como consecuencia del proceso de aceptación de su enfermedad mental o del intento de suicidio, donde el sujeto acaba por separarse completamente de estos o, por el contrario, se estrecha la relación con alguno o la totalidad de los miembros.<sup>61</sup>

No obstante, los **familiares** también sufren los daños colaterales de la estigmatización de la enfermedad mental. Según la revisión sistemática realizada por Julio Arboleda-Flórez y Heather Stuart, encontramos familiares de pacientes psiquiátricos que afirman haber sido tratados con falta de dignidad y absoluto desprecio por su mera condición.<sup>39</sup>

En el estudio llevado a cabo por Jennifer L.K Charles, tanto pacientes como familiares, confesaron haber experimentado situaciones en las que el personal de salud les ha culpado de las dificultades en el progreso evolutivo del tratamiento, les ha mostrado desinterés o molestia ante la solicitud de ayuda, les ha expuesto como inalcanzables la recuperación, se ha dirigido a ellos con actitud infantil o no les han permitido ser partícipes en decisiones relacionadas con su tratamiento, entre otros. Habitualmente, los pacientes sospechan que se les tome por no colaboradores en ciertos procesos clínicos a pesar de su tentativa. Del mismo modo, temen que los profesionales sanitarios no les aporten toda la información acerca su enfermedad y tratamiento.<sup>48</sup>

En consecuencia, los pacientes admiten haber generado **desconfianza** hacia los profesionales y hacia sí mismos, lo que afecta de manera directa a la relación terapéutica y al autoestima de éstos, viéndose perjudicado el proceso de aceptación de la enfermedad mental que padecen.<sup>62</sup> En concreto, cuando los pacientes y sus familiares exponen a los profesionales sanitarios la vergüenza que sienten asociada al propio trastorno mental, afirman que éstos habitualmente cambian de tema y evitan responder ante los mismos.<sup>40</sup> Para eludir dichos estereotipos, los pacientes desisten en la búsqueda de ayuda, no cuentan sus problemas a expertos y, por consiguiente, **enmascaran sus problemas**, lo que supone un empeoramiento de la clínica vinculada al trastorno.<sup>49</sup>

#### **4.3. RELACIÓN TERAPÉUTICA PROFESIONAL-PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

La **recuperación** de estos pacientes es el objetivo primordial de los servicios de salud mental, pero se ve en gran medida obstaculizada por la estigmatización, lo que les lleva a acudir en menor medida en búsqueda de ayuda, como bien se ha citado en líneas anteriores. Actitudes discriminatorias y gestos de rechazo por parte del profesional sanitario, generan **barreras en la comunicación terapéutica** que afectan a los niveles de confianza necesarios para comprender, evaluar y actuar con el objetivo de satisfacer las necesidades del individuo. En consecuencia, su salud se verá afectada negativamente, ya que se trata de pacientes con un elevado riesgo de comorbilidad física y mayores tasas de mortalidad.<sup>48</sup>

Los profesionales de la salud mental tienen un rol fundamental en la reducción de dicho estigma como agentes desestigmatizadores. Frecuentemente, **actitudes paternalistas o de sobreprotección** son empleadas por los especialistas con el fin de consolidar aspectos terapéuticos como la adherencia a los fármacos pautados. No obstante, este tipo de comportamientos contribuyen a provocar sentimientos de indefensión en el paciente y una mayor sensación de estigmatización institucional.<sup>48</sup> En concreto, Julio Arboleda-Flórez y Heather Stuart, defienden que, el paternalismo, debe ser evitado puesto que supone ser una barrera que impide al paciente desarrollar una identidad fuera del diagnóstico y que, por ello, dificulta la recuperación.<sup>39</sup>

En contraposición, Slađana Štrkalj-Ivezić manifiesta la importancia de proporcionar un **adecuado soporte durante el tratamiento**, especialmente al inicio, momento más crítico del proceso, donde el profesional sanitario debe centrarse en explicar el verdadero significado del diagnóstico psiquiátrico, ayudando a entender que el estereotipo sobre la enfermedad mental no resulta relevante y ofreciendo a su vez al paciente una perspectiva de recuperación en lugar

de cronicidad.<sup>41</sup> Jan Horsfall, Michelle Cleary y Glenn E. Hunt recomiendan trabajar con los pacientes como **socios**, fomentando su participación en la toma de decisiones, explorando y desafiando el habitual autoestigma que éstos desarrollan, brindando apoyo emocional y trabajando las fortalezas e inquietudes existentes, actuación que deberá estar basada en todo momento en el respeto y la escucha activa para lograr prevenir el estigma institucional.<sup>40</sup> En concreto, Kathleen R. Delaney sostiene que, los profesionales sanitarios, movidos por la empatía, deben identificar al individuo como una persona que puede desarrollarse y participar de forma plena en la sociedad, brindando seguridad y proporcionando estímulos positivos para su consecución, aspectos que permitirán así construir un **entorno sanador** en el ámbito clínico.<sup>52</sup> Asimismo, se recomienda que el **enfoque sea integral**, con el objetivo de tener en cuenta a los familiares de los pacientes para conseguir gestionar los cuidados y dar soporte de manera satisfactoria a los mismos.<sup>63</sup>

La implementación y monitorización de **estrategias anti-estigma**, basadas en la evidencia científica además de en una comunicación asertiva, considerando los valores, la cultura y el contexto individual de cada individuo, serán elementos clave para el logro de un tratamiento efectivo y el bienestar del paciente.<sup>48</sup>

Por su parte, Ambreen Zubair en su revisión, desarrollada en el 2015, reconoce que crear una **relación terapéutica de calidad** suele ser una labor difícil en un alto porcentaje de los casos ya que estos pacientes refieren habitualmente falta de empatía, amabilidad, compasión y habilidades de escucha activa por parte de los profesionales sanitarios. Es por ello que sugiere que los profesionales de la salud mental deben usar **principios humanistas centrados en el paciente** que incluyan el respeto, el reconocimiento de la situación y preocupaciones, el apoyo emocional y el optimismo para evitar el autoestigma y reforzar la adherencia al tratamiento.<sup>48</sup> De igual modo, Lauren Mizock y Zlatka Russinova afirman que, los profesionales sanitarios, deberían **explorar los recursos de la comunidad** de sus pacientes para aumentar la autoestima de los mismos y así facilitar el proceso de aceptación del trastorno mental.<sup>64</sup>

#### **4.3.1. El papel fundamental de los profesionales de enfermería**

Heyam F. Dalky afirma en su revisión sistemática que los profesionales de enfermería deben erigirse como **líderes** en la reducción de estigma institucional, por desempeñar un papel vital en la comunicación entre disciplinas.<sup>56</sup> Esta labor puede suponer un elemento facilitador para establecer un diálogo proactivo entre profesionales, que permita desarrollar **políticas nacionales** centradas en la lucha contra el estigma, tal y como afirman Melissa D. Pinto-Foltz



y M. Cynthia Logsdon. Estas autoras recogen además la opinión de Happell, quien afirmó en el año 2005 que la posición de confianza que ocupan los profesionales de enfermería debe ser utilizada para ayudar a la sociedad a reconocer y promocionar el rol indispensable que puede ejercer para terminar con el estigma hacia el paciente psiquiátrico.<sup>63</sup>

Esta tarea resulta esencial para lograr la concienciación social entorno a la enfermedad mental y la conducta suicida y, por ello, es fundamental que todos los profesionales de enfermería influyan en el cambio mediante la permuta de información y la retroalimentación positiva, independientemente del nivel de especialización que éstos posean.<sup>63</sup>

#### **4.4. POSIBLES INTERVENCIONES Y ESTRATEGIAS ANTI-ESTIGMA EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO**

Reducir el estigma debe convertirse en una intervención prioritaria, a fin de conseguir ayudar a los pacientes con trastorno mental a llevar a una vida productiva y funcional.<sup>46</sup> La provisión de servicios profesionales de calidad implica un enfoque que promueva el conocimiento y la **protección de los derechos fundamentales de las personas atendidas**, facilitándose así la lucha contra el estigma y el desarrollo de un modelo de recuperación.<sup>53</sup>

A pesar de los códigos deontológicos, normas y leyes, no se asegura que se lleve una **práctica asistencial ética** con los principios que se proponen por parte de los profesionales sanitarios, especialmente de la salud mental. Es por ello que, se considera imprescindible la formación y el debate permanentes, al igual que el adecuado desarrollo normativo que garantice la aplicación de los derechos humanos de estos pacientes. Con este fin, fue creada la *Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público Andalúz 2011- 2014*, cuyos principios se relacionan de forma especial con la protección de dichos derechos: respeto a la dignidad, la autonomía individual, la calidad de vida, la cooperación institucional y la no discriminación entre otros.<sup>53</sup>

Según Julio Arboleda-Flórez y Heather Stuart, las **estrategias centradas en la reducción del estigma** son, fundamentalmente:<sup>39</sup>

- Implementar **programas de educación** dirigidos tanto a los profesionales sanitarios como a la población general, a fin de lograr reemplazar los mitos y creencias erróneas por información precisa que permita mejorar el conocimiento y lograr una mayor concienciación sanitaria. Así se facilitaría a los pacientes la búsqueda de ayuda de expertos, lo que favorecería a su vez la detección temprana de patologías psiquiátricas. Es importante, tal y como afirman Jan Horsfall, Michelle Cleary y Glenn E. Hunt,

educar a los profesionales sanitarios sobre el daño que el estigma causa en la confianza, la esperanza de recuperación y las oportunidades de vida de los pacientes.<sup>40</sup>

- Trabajar con los **líderes de opinión**, como políticos y medios de comunicación, con el objetivo de suprimir las representaciones negativas que públicamente se tienen de la enfermedad mental.
- Mantener **contacto** con personas que están manejando con éxito una determinada enfermedad mental con el propósito de adquirir un aprendizaje activo que posibilite la reducción de estereotipos, la mejora de actitudes y la formación de los propios profesionales. En relación a ello, Farley-Toombs considera que es la estrategia más eficaz, puesto que mejora la relación profesional-paciente al conocer el primero de estos la percepción de las experiencias del segundo, permitiendo centrar el cuidado en el propio paciente, aumentando así la confianza, aceptación y sensación de bienestar.<sup>46</sup>
- Desarrollar y promulgar **leyes de protección** de los derechos y libertades de los pacientes psiquiátricos, reduciendo así las desigualdades sociales y todo trato discriminatorio.
- Crear **modelos orientados a la recuperación** de los pacientes, para disminuir así el impacto personal de la estigmatización, mejorando la autoestima y evitando el autoestigma. Para ello, es importante que los futuros modelos de atención estén centrados en el paciente.<sup>40</sup>

De igual modo, ante la obtención de resultados insuficientes tras la realización de campañas lideradas por la Organización Mundial de Psiquiatría, autores como Franco Mascayano, Walter Lips, Carlos Mena y Cristóbal Manchego en 2014 proponen en su revisión, una serie de **estrategias anti-estigma** diseñadas para la implantación en Latinoamérica y el Caribe que podrían adaptarse en cualquier país por su carácter general:

- Incluir a los propios pacientes y a sus familiares en la implementación de las intervenciones para que cumplan el **rol de agentes de cambio**.
- Articular redes de colaboración entre **figuras de moda** en la población como actores o cantantes para efectuar dichas intervenciones.
- **Difundir de mensajes** anti-estigma en los principales medios de comunicación para situar el estigma en la salud mental y la inclusión social en el punto de mira.
- **Combinar esfuerzos** entre equipos de intervención o de aplicación de los programas anti-estigma; equipos de investigación o diseñadores de la evaluación del programa y

equipos “tomadores de decisiones” para una correcta coordinación y obtención de resultados.

- Potenciar el rol del profesional sanitario como **agente desestigmatizante**, acción clave para lograr una mayor cercanía con el paciente y familiares.
- Implementar **estrategias complementarias entre sí** con el fin de lograr los objetivos planteados.<sup>54</sup>

Al igual que los autores Julio Arboleda-Flórez y Heather Stuart citados con anterioridad, Rafael del Pino refleja que es posible luchar contra el estigma desde un **enfoque asistencial y de cuidados centrado en la recuperación**, así como con una planificación integrada, integral e intersectorial anticipada de las decisiones de salud mental. Asimismo, este autor en su revisión de 2014, alega que el diseño de un Plan Integral de Salud Mental que contenga como ejes transversales los **derechos de las personas**, la **lucha contra el estigma** y el **enfoque centrado en la recuperación**, podrá considerarse en todos sus términos un Plan Integral con auténtica vocación de Salud Pública.<sup>53</sup>

Si bien Agustín Madoz-Gúrpide, Juan Carlos Ballesteros, Mónica Leira y Ernesto García coinciden con el enfoque propuesto por los autores recién nombrados, éstos añaden la necesidad de una coordinación, eficacia y racionalidad de los diferentes **recursos** sociosanitarios disponibles, además de la condición de considerar el **entorno del paciente** con el fin de facilitar la recuperación anteriormente descrita.<sup>65</sup>

No obstante, tal y como afirman David Lawrence y Steve Kisely, para reducir el estigma vinculado al sector sanitario, es necesario primeramente **abordar el estigma público** asociado al trastorno mental grave, puesto que, como bien se ha citado con anterioridad, los profesionales sanitarios forman parte de la población general, impregnándose por ello de los prejuicios y estereotipos socialmente aceptados.<sup>55</sup> De implementar dicho método de actuación de manera satisfactoria, se conseguiría además reducir las tasas de autoestigma, facilitando la búsqueda de ayuda y consiguiendo un mayor compromiso con la atención a la salud mental.<sup>50</sup> A pesar de ello, la población no es homogénea, por lo que se deben desarrollar diferentes campañas de educación pública en función del sector al que éstas se dirijan.<sup>40</sup>

Autores como Heyam F. Dalky sostienen que, el mejor programa para reducir el estigma y la brecha social que éste genera es la **psicoeducación**, especialmente útil en pacientes con esquizofrenia.<sup>56</sup> Otros autores, como Tsang et al., señalan que la psicoeducación es una herramienta práctica para la reducción del autoestigma.<sup>47</sup> Por su parte, los programas **cognitivo-conductuales** y los programas de **educación asistida** son más beneficiosos en individuos

diagnosticados de trastorno depresivo según Heyam F. Dalky.<sup>56</sup> En relación a ello, Lauren Mizock y Zlatka Russinova pudieron observar en su estudio etnográfico los grandes progresos que lograron las protagonistas del mismo en el proceso de aceptación de la enfermedad mental gracias a la frecuentación de **grupos de apoyo** para mujeres.<sup>64</sup>

En Portugal, tal y como refleja el estudio cualitativo realizado por Isabel Maria de Assunção, Jose Carlos Pereira y Luis Manuel de Jesús en 2016, los servicios de salud mental, se están reestructurando hacia un tipo de **atención basada en la prevención y reintegración** con el fin de erradicar el estigma y aumentar la concienciación sobre cuestiones de salud mental a través de leyes sobre la protección de los derechos de las personas. En concreto, la enfermería, ha tratado de ofrecer una atención más humanizada basada en los principios de la reforma psiquiátrica, donde los profesionales reflexionan acerca de sus competencias, sus actitudes y sus prácticas y brindan atención centrada en la persona.<sup>42</sup>

Por último, destacar que se encuentran diferentes ejemplos de programas antiestigma en varios países, como Nueva Zelanda (*“Like minds like mine”*), Canadá (*“Opening minds”*), Dinamarca (*“One of us”*), Gales, Escocia e Inglaterra (*“Time to change”*).<sup>47</sup> Asimismo, recalcar que, en el año 2003, la Administración de Servicios para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias (SAMHSA) creó la primera memoria semianual, como recurso para combatir el estigma en Estados Unidos. También en Estados Unidos encontramos el programa *“In our own voice”*, fundado por la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI), con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre los trastornos psiquiátricos y reducir el estigma.<sup>63</sup>

## 5. CONCLUSIONES

*“No hay país, sociedad o cultura donde las personas con enfermedad mental tengan el mismo valor que las personas sin una enfermedad mental.”*

Wulf Rössler.

Se parte de la cita realizada por Wulf Rössler, profesor de psiquiatría clínica en la Universidad de Zúrich, para concluir la presente revisión narrativa. Esta cita, tristemente, resulta ser la viva imagen de la estigmatización en la sociedad contemporánea, puesto que éste no deja de ser un problema de gran magnitud que, a pesar de las estrategias implementadas a nivel gubernamental, crece a pasos agigantados, incrementándose con ella las graves consecuencias que produce sobre los pacientes y sus familias. Nuestra tarea, como futuros profesionales sanitarios, se centra en **eliminar las barreras asociadas a la enfermedad**

**mental grave y las conductas suicidas**, con el objetivo de que el valor de todas las personas afectadas por este tipo de patologías sea reconocido dentro de cualquier país, sociedad o cultura. Para su logro, consideramos indispensable el **rol de la enfermería**, que puede servir como nexo de unión entre disciplinas y grupos sociales para erradicar el rechazo que este tipo de enfermedades suscita.

Por lo tanto, después de la realización de este trabajo, se puede deducir que las conclusiones obtenidas son las siguientes:

- El **grado de contribución de los profesionales sanitarios**, dentro de su labor asistencial en el estigma que sufren los pacientes que presentan conductas suicidas o que han sido diagnosticados de un trastorno mental grave, es **elevado**. Éste, que se corresponde con una cuarta parte del estigma total que padecen, es el percibido con mayor intensidad por pacientes y familiares, teniendo graves repercusiones en el pronóstico de la enfermedad. Entre ellas, destaca el deterioro de la autoestima y autoeficacia, que genera un mayor aislamiento social y una clara involución clínica que termina por mermar la **perspectiva de recuperación** de los pacientes.
- Los profesionales sanitarios **no se identifican como agentes estigmatizantes**, ya que consideran más relevante el estigma social, sin considerar el institucional. Este hecho dificulta la correcta implementación de intervenciones anti-estigma y, en consecuencia, la obtención de resultados satisfactorios en la reducción del mismo.
- El protagonismo de cada colectivo profesional sobre el cuidado del paciente influye de manera directa en el nivel de estigma proporcionado a éste. Es por ello que, los psiquiatras estigmatizan más en comparación con las enfermeras, ya que estas son las encargadas de gestionar los cuidados diarios de los pacientes y mantienen un **contacto directo** con ellos. La evidencia científica demuestra que cuanto más cercana y óptima sea la **relación terapéutica**, menos se estigmatiza al paciente.
- Con respecto a las diferentes patologías desarrolladas, destacar que:
  - Los **trastornos esquizofrénicos** son la enfermedad mental grave más estigmatizada en el ámbito sanitario, al ser percibidos por los profesionales sanitarios como pacientes imprevisibles, violentos y peligrosos, con menores probabilidades de recuperación y reinserción social y laboral.
  - En contraposición, el **trastorno depresivo mayor** genera una mayor “simpatía”, siendo más aceptado tanto a nivel social como profesional, razón por la cual, a pesar

de sufrir los efectos del estigma, estos pacientes los soportan en menor medida en comparación a otros trastornos mentales graves.

- Por su parte, los pacientes diagnosticados de un **trastorno afectivo bipolar** son menos estigmatizados a nivel institucional que las personas con esquizofrenia, pero más que los individuos que padecen depresión por los episodios de manía que caracterizan la propia enfermedad.
  - Al contrario de lo que ocurre con el resto de trastornos mentales, en el caso de los pacientes con **trastorno límite de la personalidad**, la principal fuente de estigma se ubica en el colectivo enfermero, debido a la impotencia que genera en dichos profesionales trabajar diariamente con la inestabilidad emocional que presentan este tipo de pacientes.
  - En el caso de los pacientes con **conducta suicida**, la familia es uno de los principales focos de estigmatización, hecho que no ocurre con tal intensidad en los trastornos anteriormente citados. Ello conlleva un aumento del riesgo potencial de autoestigma entre los miembros que componen el núcleo familiar.
- El **estigma por asociación** es el gran olvidado cuando se analizan las tasas de rechazo y discriminación asociadas a la enfermedad mental dentro de la práctica asistencial. Sin embargo, el grado de sufrimiento que produce este tipo de estigma es elevado, especialmente en el caso de los **cuidadores principales**, en quienes se terminan proyectando las falsas y negativas creencias públicamente asociadas a estos trastornos, lo que genera en ellos frecuentes sentimientos de humillación, vergüenza y exclusión social. A pesar del avance notable en la consideración de la familia y el paciente como unidad única a tratar, se observa que todavía queda mucho por mejorar en este ámbito.

## 5.1. LIMITACIONES DEL TRABAJO

Tras la realización de la presente revisión narrativa, se considera que una de las principales limitaciones a analizar es la carencia de bibliografía sobre el estigma asociado al trastorno mental grave y la conducta suicida centrada en el colectivo enfermero. En general, se obtuvieron un mayor número de resultados pertinentes en las búsquedas realizadas con descriptores que englobaban a los profesionales sanitarios en general y no al sector enfermero en exclusiva. Asimismo, se encontraron escasos resultados que focalizaran su atención en el suicidio, así como en el trastorno mental grave, por lo que se obtuvo información de mayor congruencia en artículos que centraban su estudio en la enfermedad mental en términos globales, aludiendo al trastorno mental grave en apartados concretos.

Por otro lado, la mayor parte de los artículos finalmente seleccionados se encuentran redactados en inglés, aspecto que ha podido generar la pérdida de información relevante a la hora de llevar a cabo la traducción de un lenguaje técnico. Inesperadamente, se ha encontrado más bibliografía en español de la que se esperaba inicialmente, pero esta es básicamente de procedencia latinoamericana.

## 5.2. ÁREAS DE MEJORA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las propuestas de mejora que se han hecho evidentes tras la realización de esta revisión narrativa serían las siguientes:

- Se considera especialmente importante concienciar a la sociedad de que este tipo de estigmatización parte de un **problema macrosocial** y, como tal, debe ser abordado desde las pequeñas esferas de la población, dado que los profesionales sanitarios forman parte de las mismas y es el lugar donde se impregnan de los prejuicios que giran alrededor de los trastornos mentales graves y las conductas suicidas.
- La principal estrategia anti-estigma se centra en la **formación de los gestores de salud**, médicos y enfermeras fundamentalmente e independientemente del ámbito en el que se ubique su atención, para lograr un **abordaje holístico** en este tipo de pacientes. Asimismo, se identifica como herramienta primordial una educación acorde a las necesidades de la población en **grado y postgrado**, y a las **futuras generaciones de profesionales sanitarios**, a fin de evitar caer inconscientemente en los errores que nuestros predecesores han cometido a lo largo de su ejercicio profesional. Por esta razón, la educación brindada en los colegios e institutos debe ser de calidad, con el objetivo de crear una base sólida de conocimientos e informaciones veraces sobre el trastorno mental grave y la conducta suicida que impida el desarrollo venidero de actitudes discriminatorias.

Por último, se considera de vital importancia el **fomento de la investigación en España**, hecho que, a su vez, incrementaría la creación de estrategias efectivas a nivel nacional para la erradicación del estigma dirigido hacia este tipo de pacientes. Por todo ello, se espera que la presente revisión pueda servir como **punto de partida** para el desarrollo de futuras líneas de investigación o, al menos, para la concienciación de los profesionales sanitarios sobre la gravedad que el estigma institucional tiene sobre el curso de los trastornos mentales graves y las conductas suicidas.





## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2014.
2. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. *Estigma y enfermedad mental*. 1ª ed. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
3. Goffman E. *Estigma: La identidad deteriorada*. 10ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
4. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. *Cultura y estigma: la experiencia moral*. Rev. Este País. [Internet]. 2007 [consultado 21 Dic 2017]; 64 (7). Disponible en: <https://goo.gl/rGnNZH>
5. Organización de los Estados Americanos. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* [Internet]. América: Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 1991 [consultado 22 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ZEsF12>
6. Organización Mundial de la Salud. *Programa mundial de acción en salud mental*. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2002.
7. Ottati V, Bodenhausen GV, Newman LS. *Social psychological models of mental illness stigma*. En: Corrigan PW, editor. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington DC: American Psychological Association; 2005. p. 99-128.
8. Arnaiz A, Uriarte JJ. *Estigma y enfermedad mental*. Norte de Salud Mental [Internet]. 2006 [Consultado 23 Dic 2017]; (26). Disponible en: <https://goo.gl/MXQ9kn>
9. Vázquez C, Hervás G. *Salud mental positiva: del síntoma al bienestar* [Internet]. En: Vázquez C y Hervás G, editores. *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008. p. 17-39.
10. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar* [Internet]. OMS; 2013 [revisado 26 Dic 2017; consultado 26 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/nzk88g>
11. Bobes J, Bousoño M, González MP, López JL, Sáiz PA. *Enfermería psiquiátrica*. 1ª ed. España: Editorial Síntesis; 2002.

12. Herrero S. *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*. Rev ENE Enferm [Internet]. 2016 [consultado 26 Dic 2017]; 10 (2). Disponible en: <https://goo.gl/MCgokL>
13. Rebraca L. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. Conceptos básicos. 6ª ed. Orlando: Mc Graw Hill Interamericana; 2007.
14. Ministerio de sanidad y política social. *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
15. Baura JC, López E, García JM, Sanz A, Durante P, Noya B. *Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2003.
16. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Esquizofrenia* [Internet]. OMS; 2016 [revisado 2018; consultado 25 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/3665g4>
17. Esquizofrenia24x7.com. *Síntomas de la esquizofrenia* [Internet]. España: Janssen Cilag S.A; [revisado 23 May 2017; consultado 25 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/1CBJzB>
18. Díaz J, López B, López JL, Bobes J. *Conductas suicidas*. En: Bobes J, coordinador. *Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica*. 1ª ed. Madrid: Editorial Síntesis S.A; 1994. p. 444-461.
19. Granados G, Pedraz A, Sánchez M. *Enfermería en salud mental*. 1ª ed. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces S.A; 2011.
20. Eltiempo.com. *No más estigmas para las personas con trastorno afectivo bipolar* [Internet]. Fernández C; 2018 [revisado 2018; consultado 27 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/6kfAc7>
21. Franch J. *La ignorancia y el miedo aumentan el estigma y el autoestigma*. [Internet]. Activament.org. Barcelona: Grafkic; 2017 [revisado c2017; consultado 27 Ene 2018] . Disponible en: <https://goo.gl/MvvTQe>
22. NAMI: National Alliance on Mental Illness. *Borderline personality disorder* [Internet]. Virginia: NAMI; [revisado Dic 2017; consultado 28 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/zBHmEF>

23. MedlinePlus. *Trastorno límite de la personalidad* [Internet]. EEUU: A.D.A.M; [revisado 28 Ene 2018; consultado 28 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/7GZvDF>
24. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Depresión* [Internet]. OMS; 2017 [revisado 2018; consultado 28 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/WQHYox>
25. Zarragoitia I. *La estigmatización en la depresión*. Rev. Alcmeon. 2010; 16 (3): 254-268.
26. Rocamora A. *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. 1ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012.
27. Bobes J, Sáiz PA, García-Portilla MP, Bascarán MT, Bousoño M. *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. 2ª ed. Barcelona: Ars Médica. 2004.
28. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington DC: OPS; 2014.
29. Mejía M, Sanhueza P, González J. *Factores de riesgo y contexto del suicidio*. Memoriza [Internet]. 2011 [consultado 29 Ene 2018]; 8: 15-25. Disponible en: <https://goo.gl/SQCA9n>
30. Martínez H. *Evaluación del riesgo de suicidio* [Internet]. Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; [consultado 29 Ene 2018]; 35-48. Disponible en: <https://goo.gl/6nN8vY>
31. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Suicidio* [Internet]. OMS; 2018 [revisado 2018; consultado 28 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/5mHFHg>
32. Pineda CA. *Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura*. Rev Colomb Psiquiatr. 2013; 42(4): 333-349.
33. *Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo* [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [revisado 2018; consultado 29 Ene 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/Rc1WCK>
34. Consejería de Sanidad. *Plan Estratégico de Salud Mental*. Madrid: Salud Madrid; 2014.
35. Caminero P, Castelo C. *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid: Planificación estratégica*. 1ª ed. Madrid: Salud Madrid; 2012.

36. Portal de Salud. *Lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental* [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2010 [revisado 1 Feb 2018; consultado 1 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/C75pvk>
37. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Diez datos sobre la salud mental* [Internet]. OMS; c2018 [revisado 2018; consultado 4 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/jvsnPD>
38. Campo-Arias A, Herazo E. *El complejo estigma-discriminación asociado al trastorno mental como factor de riesgo del suicidio*. Rev Colomb Psiquiatr. 2015; 44 (4): 243-250. doi: [10.1016/j.rcp.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003)
39. Arboleda-Flórez J, Stuart H. *From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illness*. Can J Psychiatry. 2012; 57 (8): 457-463. doi: [10.1177/070674371205700803](https://doi.org/10.1177/070674371205700803)
40. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. *Stigma in mental health: Clients and professionals*. Issues Ment Health Nurs. 2010; 31 (7): 450-455. doi: [10.3109/01612840903537167](https://doi.org/10.3109/01612840903537167)
41. Strkalj-Ivezic S. *Stigma in clinical practice*. Psychiatr Danub. 2013; 25 (2): 200-202. PMID: [23995176](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23995176/)
42. De Assunção IM, Pereira JC, De Jesus LM. *Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders*. Enfermagem UERJ. 2016; 24 (1). doi: [10.12957/reuerj.2016.12309](https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309)
43. Mora-Ríos J, Bautista N. *Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental*. Salud Mental. 2014; 37 (4): 303-312. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2014.035](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.035)
44. Xiao A, He H, Sun B, Rao D, Ning Y, Rosenheck RA. *Comparison of attitudes of the psychiatrists and nurses towards patients with mental illness in a Chinese Psychiatric Hospital: Implications for training*. Asia Pac Psychiatry. 2016; 8 (1): 104-105. doi: [10.1111/appy.12232](https://doi.org/10.1111/appy.12232)
45. Rössler W. *The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices*. EMBO Rep. 2016; 17 (9): 1250-1253. doi: [10.15252/embr.201643041](https://doi.org/10.15252/embr.201643041)
46. Farley-Toombs C. *The stigma of a psychiatric diagnosis prevalence, implications and nursing interventions in clinical care settings*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2012; 24 (1): 149-156. doi: [10.1016/j.ccell.2012.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.01.009)

47. Tsang HW, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PY, Wan CN. *Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Schizophr Res. 2016; 173 (1): 45-53. doi: [10.1016/j.schres.2016.02.013](https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013)
48. Zubair A. *Effects of stigma on therapeutic relationships*. Aust Nurs Midwifery J. 2015; 22 (9): 34-35.
49. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Morgan C, Rüsch N, Brown JS, Thornicroft G. *What is the impact of mental health related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies*. Psychol Med. 2015; 45 (1): 11-27. doi: [10.1017/S0033291714000129](https://doi.org/10.1017/S0033291714000129)
50. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. *Mental illness stigma, help seeking and public health programs*. Am J Public Health. 2013; 103 (5): 777-780. doi: [10.2105/AJPH.2012.301056](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056)
51. Pérez L, Ultrera E, Lopera MJ. *Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el funcionamiento social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental*. Rev. NURE Inv [Internet]. 2014 [consultado 10 Mar 2018]; 11(72). Disponible en: <https://goo.gl/bCKCBt>
52. Delaney KR. *Psychiatric mental health nurses: Stigma issues we fail to see*. Arch Psychiatr Nurs. 2012; 26 (4): 333-335. doi: [10.1016/j.apnu.2012.04.006](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.006)
53. Del Pino R. *Estrategia de Bioética en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2015; 35 (126): 341-353. doi: [10.4321/S0211-57352015000200008](https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200008)
54. Mascayano F, Lips W, Mena C, Manchego C. *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. Salud Mental. 2015; 38 (1): 53-58. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2015.007](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007)
55. Lawrence D, Kisely S. *Inequalities in health care provision for people with severe mental illness*. J Psychopharmacol. 2010; 24 (4): 61-68. doi: [10.1177/1359786810382058](https://doi.org/10.1177/1359786810382058)
56. Dalky HF. *Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials*. West J Nurs Res. 2012; 34 (4): 520-547. doi: [10.1177/0193945911400638](https://doi.org/10.1177/0193945911400638)
57. Ellison N, Mason O, Scior K. *Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature*. J Affect Disord. 2013; 151 (3): 805-820. doi: [10.1016/j.jad.2013.08.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014)

58. Lamont S, Brunero S. *Personality disorder prevalence and treatment outcomes: A literature review*. Issues Ment Health Nurs. 2009; 30 (10): 631-637. doi: [10.1080/01612840902995288](https://doi.org/10.1080/01612840902995288)
59. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. *The stigma of personality disorders*. Curr Psychiatry Rep. 2016; 18 (1). doi: [10.1007/s11920-015-0654-1](https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1)
60. Alderson SL, Foy R, Glidewell L, McLintock K, House A. *How patients understand depression associated with chronic physical disease: A systematic review*. BMC Fam Pract. 2012; 13 (41). doi: [10.1186/1471-2296-13-41](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-41)
61. Ferré C, Montescó P, Mulet M, Lleixá M, Albacar N, Adell B. *El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis*. Rev. Index Enferm. 2011; 20 (3): 155-159. doi: [10.4321/S1132-12962011000200004](https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000200004)
62. Charles JLK. *Mental Health Provider-Based Stigma: Understanding the Experience of Clients and Families*. Rev Social Work in Mental Health. 2013; 11 (4): 360-375. doi: [10.1080/15332985.2013.775998](https://doi.org/10.1080/15332985.2013.775998)
63. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC. *Reducing stigma related to mental disorders: Initiatives, interventions and recommendations for nursing*. Arch Psychiatr Nurs. 2009; 23 (1): 32-40. doi: [10.1016/j.apnu.2008.02.010](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.02.010)
64. Mizock L, Russinova Z. *Intersectional Stigma and the Acceptance Process of Women with Mental Illness*. Women & Therapy. 2015; 38: 14-30. doi: [10.1080/02703149.2014.978211](https://doi.org/10.1080/02703149.2014.978211)
65. Madoz Gúrpide A, Ballesteros JC, Leira M, García E. *Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica*. Rev Esp Salud Pública. 2017; 91.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Serrano P. *Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud*. 1ª ed. España: Difusión Avances Enfermería; 2012.

## 8. ANEXOS

### *Anexo 1: Criterios y dimensiones de la Salud Mental Positiva según Jahoda (1958).<sup>9</sup>*

<b>Criterios</b>	<b>Dimensiones</b>
<i>Actitudes hacia sí mismo</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Accesibilidad del yo a la conciencia.</li><li>- Concordancia entre el “yo real” y el “yo ideal”.</li><li>- Sentimiento hacia uno mismo o autoestima.</li><li>- Sentido de identidad.</li></ul>
<i>Crecimiento, desarrollo y autoactualización</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Motivación general hacia la vida.</li><li>- Implicación en la vida.</li></ul>
<i>Integración</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Equilibrio entre las fuerzas psíquicas del ello, yo y superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes.</li><li>- Visión integral de la vida.</li><li>- Resistencia al estrés.</li></ul>
<i>Autonomía</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Autorregulación.</li><li>- Conducta independiente.</li></ul>
<i>Percepción de la realidad</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Percepción no distorsionada.</li><li>- Empatía o sensibilidad social.</li></ul>
<i>Control ambiental</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Capacidad de amar.</li><li>- Adecuación en el amor, el trabajo y el juego.</li><li>- Adecuación en las relaciones interpersonales.</li><li>- Eficiencia en el manejo de demandas situacionales.</li><li>- Capacidad de adaptación y ajuste.</li><li>- Eficiencia en resolución de problemas.</li></ul>



*Anexo 2: Tabla de búsquedas*

BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS					
BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICA	LÍMITES DE BÚSQUEDA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº ARTÍCULOS CRIBADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS
<b>PubMed: búsqueda 1</b>	10 años Inglés y español Revisión	(((((("Social Stigma"[Mesh]) OR "Prejudice"[Mesh]) OR "Stereotyping"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Suicide"[Mesh])) AND "Professional-Patient Relations"[Mesh]	24	5	4
<b>PubMed: búsqueda 2</b>	10 años Inglés y español Revisión	(((((("Social Stigma"[Mesh]) OR "Prejudice"[Mesh]) OR "Stereotyping"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Suicide"[Mesh])) AND "Patient Care Management"[Mesh]	75	10	8
<b>PubMed: búsqueda 3</b>	10 años Inglés y español Revisión	((("Social Stigma"[Mesh]) OR "Prejudice"[Mesh]) OR "Stereotyping"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Suicide"[Mesh])) AND "Nursing"[Mesh]	27	2	1
<b>PubMed: búsqueda 4</b>	10 años Inglés y español	(((((("Social Stigma"[Mesh]) OR "Prejudice"[Mesh]) OR "Stereotyping"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Suicide"[Mesh])) AND "Patient Care Management"[Mesh]	13	1	0
<b>PubMed: búsqueda 5</b>	10 años Inglés y español	((("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Social Stigma"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	31	2	2
<b>PubMed: búsqueda 6</b>	10 años Inglés y español Revisión	(((((("Social Stigma"[Mesh]) OR "Prejudice"[Mesh])) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]	39	4	3



<b>CINAHL: búsqueda 1</b>	Español Últimos 10 años	(Stigma OR Prejudice OR Stereotyping) AND (Mental Disorders OR Suicide)	3	2	1
<b>CINAHL: búsqueda 2</b>	Últimos 10 años	((Stigma OR Prejudice OR Stereotyping) AND (Mental Disorders OR Suicide)) AND (Professional - Patient Relations OR Nurses)	37	6	3
<b>CINAHL: búsqueda 3</b>	Últimos 10 años	Enfermedades mentales AND estigma	1	1	1
<b>CINAHL: búsqueda 4</b>	Últimos 10 años	Suicid* AND stigma*	1	1	1
<b>CINAHL: búsqueda 5</b>	Últimos 10 años	Severe mental disorders AND stigma*	11	1	0
<b>PsycINFO: búsqueda 1</b>	Últimos 10 años	((DE "Suicide") OR (DE "Mental Disorders")) AND (DE "Stigma")	12	2	2
<b>PsycINFO: búsqueda 2</b>	Últimos 10 años	(DE "Schizophrenia" AND DE "Suicide")	4	2	0
<b>SciELO: búsqueda 1</b>	-	Stigma AND mental disorders	2	2	0
<b>SciELO: búsqueda 2</b>	-	Stigma AND suicide	1	0	0
<b>CUIDEN: búsqueda 1</b>	-	[cla="Estigma"] AND [cla="Trastornos mentales"]	25	1	0
<b>CUIDEN: búsqueda 2</b>	-	[cla="Estigma"] AND [cla="Suicidio"]	3	1	0

*Fuente: elaboración propia*

Anexo 3: Tabla de artículos

TÍTULO/ AUTORES/ AÑO/ PAÍS	DISEÑO	OBJETIVO	PRINCIPALES HALLAZGOS
<b>PUBMED: BÚSQUEDA 1</b>			
<b>Stigma in clinical practice.</b> Štrkalj – Ivezić S. 2013 (Croacia)	Revisión sistemática	Conocer cómo combatir el estigma y el autoestigma en la práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El estigma asociado a la enfermedad mental es difícil de cambiar, pero más todavía en el entorno clínico. Las consecuencias del mismo se convierten en un círculo vicioso, caracterizado por la discapacidad, el aislamiento social, la falta de acceso a servicios destinados a la recuperación y el autoestigma. Este último se da en la mitad de las personas que sufren esquizofrenia, dañando la autoestima, la autoeficacia y la identidad de estos pacientes.</li> <li>- Antes de producirse el diagnóstico de la enfermedad mental, el individuo interioriza una serie de estereotipos hacia el colectivo afectado por un trastorno psiquiátrico, identificando a los mismos como personas débiles e incompetentes. El conflicto surge en el momento en el que el individuo topa con la enfermedad mental, enfrentándose a un proceso psicológico que amenaza la visión que uno tiene sobre sí mismo. Para evitar el autoestigma es importante rechazar el estereotipo.</li> <li>- El profesional sanitario forma parte de la sociedad y, como tal, convive con los estereotipos colectivos, que pueden influir en su trabajo. La actitud correcta se centra en proporcionar soporte durante el tratamiento, especialmente al inicio, explicando el significado del diagnóstico y ofreciendo perspectiva de recuperación.</li> </ul>
<b>From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses.</b> Arboleda-Flórez J., Stuart H. 2012 (Canadá)	Revisión sistemática	Proporcionar una visión general del estado actual del estigma asociado con las enfermedades mentales por los proveedores de salud y mostrar enfoques para la reducción del estigma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La estigmatización se produce cuando hay diferencias de poder. La enfermedad mental se asocia a un menor valor social, de forma que las personas afectadas por estos trastornos son marginadas, excluidas y privadas de derechos humanos y sociales.</li> <li>- Los medios de comunicación identifican a las personas diagnosticadas de una enfermedad mental como impredecibles, violentos y peligrosos.</li> <li>- Los profesionales sanitarios estigmatizan de forma inconsciente, pero los pacientes reconocen que son el colectivo que más estigmatiza, suponiendo ¼ parte del estigma total recibido. Un estudio realizado en Suiza revela que los psiquiatras estigmatizan más que el resto de los profesionales sanitarios; aunque se evidencia que las enfermeras que trabajan en servicios de urgencia o en unidades de cuidados intensivos muestran actitudes más hostiles en comparación al resto de sus colegas.</li> <li>- Los familiares de pacientes que padecen una enfermedad mental revelan haber sido tratados en ocasiones con falta de dignidad y absoluto desprecio, especialmente por parte de los médicos de familia.</li> <li>- Los enfoques para la reducción del estigma se centran en: educación, contacto basado en la educación, trabajar con líderes de opinión (políticos y medios de comunicación), reforma legislativa, promoción de servicios y autogestión del estigma.</li> </ul>



<b>Stigma in mental health: clients and professionals.</b> Horsfall J., Cleary M., Hunt G. 2010 (Australia)	Revisión sistemática	Proporcionar una visión del estigma contemporáneo y estrategias para reducir el estigma en profesionales sanitarios de salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para acabar con el estigma institucional es importante hacer frente al estigma macrosocial, a fin de lograr el cambio de creencias mediante el desarrollo de campañas de educación pública.</li> <li>- Los profesionales sanitarios son menos optimistas en cuanto a la recuperación del paciente psiquiátrico en comparación al público general, algo que se asocia a la responsabilidad asistencial y el grado de complejidad de las interacciones.</li> <li>- La falta de formación y capacitación genera inconsciencia, dando lugar a actitudes negativas y conductas de evitación; es por ello que los profesionales especialistas en salud mental estigmatizan menos.</li> <li>- Previene el estigma: actitudes basadas en el respeto y la escucha activa, brindar apoyo emocional, reconocer las inquietudes del individuo y trabajar con las fortalezas existentes, reconociendo al paciente como socio, haciéndole participe de la toma de decisiones.</li> </ul>
<b>Personality disorder prevalence and treatment outcomes: A literature review.</b> Lamont S., Brunero S. 2009 (Australia)	Revisión sistemática	Analizar la figura de la enfermera de salud mental en los planes de actuación y tratamiento de las personas con trastornos de la personalidad y la prevalencia de dicha enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La estigmatización por parte de los profesionales sanitarios genera en el paciente con trastorno límite de la personalidad sentimientos de miedo y desesperación.</li> <li>- Los médicos los denominan “<i>los pacientes del odio</i>” por los comportamientos que desarrollan. Esto genera un castigo inconsciente y produce una confrontación que priva al individuo del tratamiento adecuado.</li> </ul>
<b>PUBMED: BÚSQUEDA 2</b>			
<b>Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis.</b> Tsang H., Ching S.C., Tang K.H., Lam H.T., Law P.Y., Wan C.N. 2015 (Hong Kong)	Revisión sistemática y metaanálisis	Descubrir las diferentes intervenciones terapéuticas y la efectividad de estas en la reducción del estigma en personas con trastornos mentales graves.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El autoestigma tiene una prevalencia de un 41,7% en las personas con trastorno mental grave. Cuanto mayor es el autoestigma, más se agrava la sintomatología y menos uso se hace de los servicios de atención, existiendo una peor adherencia terapéutica, lo que aumenta el número de reingresos y, por consiguiente, multiplica los costes.</li> <li>- Existen pocas intervenciones que reduzcan el autoestigma y falta evidencia para demostrar la efectividad de las mismas. No obstante, los datos revelan que la psicoeducación es la intervención que mejores resultados reporta.</li> </ul>

<p><b>El complejo estigma-discriminación asociado al trastorno mental como factor de riesgo de suicidio.</b> Campo Arias A., Herazo E. 2014 (Colombia)</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Revisar los factores que pueden explicar la asociación existente entre el complejo estigma- discriminación asociado a trastorno mental (CEDATM) y suicidio y postular posibles mecanismos implicados subyacentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El suicidio se asocia a un 90% de los casos de trastorno mental, especialmente en el caso de la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno límite de la personalidad.</li> <li>- El estigma es un factor de riesgo para el suicidio. Debemos tener en cuenta que el 85% y el 72% de las personas diagnosticadas de un trastorno esquizofrénico y un trastorno depresivo, respectivamente, sufren estigma.</li> <li>- La estigmatización del paciente que presenta conducta suicida tiene como consecuencias el incumplimiento terapéutico y la aparición de barreras para el acceso a los servicios de atención a la salud mental, lo que aumenta el riesgo potencial de suicidio en el individuo afectado.</li> <li>- Para prevenir el suicidio, es importante educar a los profesionales sanitarios en el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento adecuados, especialmente en el caso de los trastornos depresivos.</li> </ul>
<p><b>What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies.</b> Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N., Morgan C., Rüsch N., Brown J.S.L., Thornicroft G. 2012 (Reino Unido)</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis</p>	<p>Descubrir cuál es la asociación existente entre estigma y la búsqueda de ayuda en personas diagnosticadas de trastorno de salud mental, y la existencia de poblaciones más vulnerables y sus barreras para la búsqueda de ayuda sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La estigmatización provoca que el paciente diagnosticado de una enfermedad mental no cuente sus problemas y enmascare sus síntomas, desistiendo en la búsqueda de ayuda.</li> <li>- Encontramos grupos sociales que experimentan un doble estigma cuando sufren una determinada enfermedad mental. Hablamos fundamentalmente de los hombres, que soportan estereotipos de género (fortaleza y estoicidad) que interactúan con los estereotipos de la enfermedad mental (debilidad); y los jóvenes, que pueden sentir disonancia entre su propia identidad social y los estereotipos de la enfermedad mental.</li> <li>- Las formas profesionales no estigmatizantes se centran en: enfoques no clínicos, comprensión de los problemas del paciente y atención basada en la conversación, proporcionando un cuidado acogedor que preserve en todo momento la dignidad del mismo.</li> </ul>



<p><b>Mental illness stigma, help seeking, and public health programs.</b> Henderson C., Evans-Lacko S., Thornicroft G. 2013 (EE. UU)</p>	<p>Artículo de revista</p>	<p>Revisar si las campañas anti- estigma realizadas a largo plazo son capaces de elevar las cifras de búsqueda de ayuda por los pacientes con enfermedad mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El estigma institucional hace que los pacientes sólo accedan a los servicios de atención cuando experimentan un deterioro importante, momento en el que la sintomatología es tan grave que resulta difícil de revertir. Si se aborda el estigma público se consigue abordar el estigma institucional, reducir el autoestigma y se facilita la búsqueda de ayuda, aumentando el compromiso con la atención a la salud mental.</li> <li>- Encontramos programas anti-estigma a nivel nacional en países como Nueva Zelanda ("<i>Like minds like mine</i>"), Canadá ("<i>Opening minds</i>"), Dinamarca ("<i>One of us</i>") e Inglaterra ("<i>Time to change</i>"). Este último, ha permitido mejorar el conocimiento general y reducir el estigma público, pero sin embargo no ha supuesto cambios significativos en cuanto al estigma institucional, revelando que las experiencias negativas previas con los profesionales sanitarios siguen disuadiendo a los pacientes para buscar ayuda y tratamiento.</li> </ul>
<p><b>How patients understand depression associated with chronic physical disease: A systematic review.</b> Alderson S., Foy R., Glidewell L., McIntock K., House A. 2012 (Reino Unido)</p>	<p>Revisión sistemática de un estudio cualitativo y otro cuantitativo.</p>	<p>Conocer cómo los pacientes piensan acerca de la depresión, concretamente cuando coexiste con alguna enfermedad física crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El trastorno depresivo es una enfermedad poco conocida en la sociedad y, en muchas ocasiones, la información en relación a la misma es tergiversada por los medios de comunicación, lo que implica que los pacientes se sientan responsables de la propia enfermedad.</li> <li>- La idea de culpabilidad varía según el factor externo que se asocia al trastorno, de manera que un trastorno depresivo originado a raíz de un problema económico es socialmente más aceptado porque se considera más responsable al problema económico que a la propia persona.</li> <li>- El estigma hace que los pacientes sientan vergüenza de su condición porque creen que la sociedad les va a identificar como personas incapaces y débiles.</li> </ul>
<p><b>The stigma of a psychiatric diagnosis: Prevalence, implications and nursing interventions in clinical care settings.</b> Farley-Toombs C. 2012 (EE. UU)</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Visibilizar la importancia de implantar intervenciones basadas en el aumento de la confianza en el profesional, la comprensión y la aceptación de la enfermedad para la mejora de los resultados referentes al estigma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La estigmatización de los trastornos mentales supone la subutilización de los servicios de atención, la interrupción del tratamiento, el infradiagnóstico de numerosas patologías (especialmente en trastornos psicóticos, trastorno depresivo mayor y trastorno afectivo bipolar con diagnóstico comórbido) y la afectación para el mantenimiento de la red social, el empleo y la vivienda.</li> <li>- Las personas con trastorno mental son percibidas por los profesionales como pacientes difíciles, lo que hace que sea menos probable que estos prioricen su atención para mantenerlos involucrados dentro del proceso asistencial.</li> <li>- El trato injusto hacia estos pacientes por parte de los profesionales sanitarios se centra en actitudes paternalistas y condescendientes, caracterizadas por el menosprecio, el miedo y la evasión. Esto provoca barreras en la comunicación y la confianza con el paciente, lo que dificulta la capacidad de los profesionales para comprender, evaluar y responder a sus necesidades.</li> <li>- La reducción del estigma debe ser tratada como una prioridad para ayudar a las personas afectadas por un trastorno mental a desarrollar una vida productiva y funcional. Las estrategias anti-estigma se centran en la educación, la promoción de políticas y el contacto interpersonal con personas</li> </ul>

			diagnosticadas de trastorno mental, siendo ésta última la más eficaz, puesto que mejora la relación profesional-paciente al ofrecer una perspectiva más cercana de la experiencia de la enfermedad.
<b>Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness.</b> Lawrence D., Kisely S. 2010 (Reino Unido)	Revisión sistemática	Proponer las estrategias anti-estigma como objetivo de los profesionales de la salud para lograr un trato equitativo en pacientes diagnosticados de trastorno mental grave.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas con esquizofrenia se enfrentan a desigualdades en la recepción de la atención, presentando una mayor mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares y disponiendo de menor probabilidad para recibir tratamiento anticoagulante o ser sometidos a una arteriografía tras un accidente cerebrovascular. Asimismo, las personas con un trastorno afectivo bipolar afectadas por problemas de salud crónicos tienden a ser infradiagnosticados y, por consiguiente, no tratados de forma adecuada.</li> <li>- Para reducir el estigma en el sector sanitario es necesario abordar primero el estigma público asociado al trastorno mental grave.</li> </ul>
<b>Reducing stigma related to mental disorders: Initiatives, interventions, and recommendations for nursing.</b> Pinto – Foltz M., Logsdon M. 2009 (EE. UU)	Revisión sistemática	Exponer los actuales conocimientos sobre estrategias anti-estigma en los profesionales de la salud y promover que la enfermería investigue e intervenga para reducir dicho estigma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras ocupan una posición única de confianza para ayudar a la sociedad a reconocer y promocionar el rol indispensable que puede ejercer para terminar con el estigma hacia el paciente psiquiátrico. Asimismo, pueden facilitar la comunicación entre disciplinas, convirtiéndose así en un líder para el desarrollo de políticas nacionales de lucha contra el estigma.</li> <li>- En el año 2003, la Administración de Servicios para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias (SAMHSA) creó la primera memoria semianual, como recurso para combatir el estigma en Estados Unidos.</li> <li>- Es necesario un enfoque de atención integral que tenga en cuenta a los familiares de los pacientes diagnosticados de un trastorno mental.</li> </ul>
<b>PUBMED: BÚSQUEDA 3</b>			
<b>Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials.</b> Dalky H. 2012 (Jordania)	Revisión sistemática	Evaluar la efectividad de las diferentes intervenciones que apuntan a la reducción del estigma relacionado con las enfermedades mentales.	<p>Las estrategias de reducción del estigma se centran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de educación y contacto con personas con trastorno mental: intervención que reporta mejores resultados.</li> <li>- Programas cognitivo-conductual.</li> <li>- Programas de educación asistida por ordenador: supone una reducción significativa de la estigmatización hacia los trastornos depresivos.</li> <li>- Programas de psicoeducación: supone una reducción significativa de la estigmatización hacia los trastornos esquizofrénicos.</li> </ul>



PUBMED: BÚSQUEDA 5			
<b>Comparison of attitudes of the psychiatrists and nurses towards patients with mental illness in a Chinese psychiatric hospital: Implications for training.</b> Xiao A., He H., Sun B., Rao D., Ning Y., Rosenheck R. 2016 (China y EE. UU)	Carta al editor sobre estudio cualitativo.	Comparar las actitudes entre psiquiatras y enfermeras especializadas en salud mental hacia los pacientes con enfermedades de salud mental.	<p>A través del estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Guangzhou de China se puede establecer una clara distinción entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psiquiatras: son los responsables de la evolución clínica y la planificación del tratamiento de los pacientes psiquiátricos. Respaldan las creencias biopsicosociales mucho más firmemente.</li> <li>- Enfermeras: son las responsables de la gestión diaria de los cuidados de los pacientes psiquiátricos. Presentan puntuaciones más bajas como agentes estigmatizantes, puesto que defienden que éstos no son peligrosos ni una molestia en la sociedad.</li> </ul>
<b>Psychiatric mental health nurses: Stigma issues we fail to see.</b> Delaney K. 2012 (EE. UU)	Artículo de revista	Poner de manifiesto los problemas desconocidos que genera el estigma en el ámbito de la enfermera especialista de salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras especialistas en salud mental son conscientes del estigma asociado a la enfermedad mental y las graves consecuencias que este genera, pero no son capaces de ver las formas en las que el estigma se extiende en sus propios comportamientos y actitudes, afectando de forma directa al tratamiento que brindan y el proceso de recuperación.</li> <li>- El estigma por asociación afecta también a los familiares. Éstos y los propios pacientes admiten que cuando en la consulta hablan de la vergüenza asociada a la enfermedad mental, los profesionales sanitarios no responden a su inquietud o cambian de tema.</li> <li>- Para ofrecer una mejor perspectiva de recuperación es necesario brindar seguridad, mostrar empatía y fomentar la participación del paciente, construyendo un entorno sanador que aborde el estigma.</li> </ul>
PUBMED: BÚSQUEDA 6			
<b>The stigma of mental disorders.</b> Rössler W. 2016 (Alemania)	Revisión sistemática	Concienciar sobre la estigmatización que, hoy en día, sigue existiendo a pesar de todas las intervenciones anti-estigma realizadas para la rehabilitación de pacientes con enfermedad mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las actitudes y estándares sociales son indignos de un estado de bienestar, puesto que la discriminación sigue siendo generalizada. Este hecho provoca que las personas afectadas por un trastorno mental se retiren de las interacciones sociales para evitar reacciones negativas, lo que reduce su autoestima y aumenta la vulnerabilidad de los mismos.</li> <li>- Los trastornos depresivos generan mayor simpatía en la sociedad, puesto que las personas están más familiarizadas con este tipo de enfermedad. Esto hace que prefieran mantener mayor distancia social con alguien que padece esquizofrenia que con alguien que sufre depresión.</li> <li>- Los investigadores han observado que cuánto más se identifica el cuadro clínico de una enfermedad mental, más se estigmatiza. Por el contrario, cuanto mejor es la relación terapéutica, menos se estigmatiza al individuo.</li> <li>- La estrategia anti-estigma que mejores resultados reporta es el contacto con personas afectadas por un trastorno mental.</li> </ul>

<b>The stigma of personality disorders.</b> Sheehan L., Nieweglowski K., Corrigan P. 2016 (EE. UU)	Revisión sistemática	Explorar cuál es la información actual acerca del estigma hacia las personas diagnosticadas de trastorno de la personalidad y el estigma de las enfermedades mentales en general.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El trastorno límite de la personalidad es más estigmatizado que otros diagnósticos psiquiátricos porque genera más miedo y frustración, debido a la inestabilidad emocional que lo caracteriza. Asimismo, despiertan menos simpatía entre la población, siendo considerados por los profesionales sanitarios como molestos e indignos, lo que dificulta el establecimiento y mantenimiento del tratamiento.</li> <li>- Los servicios no están bien diseñados para atender sus necesidades.</li> <li>- Según los estudios, las enfermeras estigmatizan más a las personas con trastorno límite de la personalidad, mientras que los psiquiatras muestran menor empatía hacia los mismos. Se revela además que cuanto mayor es la experiencia en el trato con estos pacientes, más se les estigmatiza.</li> </ul>
<b>Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature.</b> Ellison N., Mason O., Scior K. 2013 (Reino Unido)	Revisión sistemática	Determinar los conocimientos que se tienen sobre el estigma y el trastorno bipolar en la actualidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas afectadas por el trastorno afectivo bipolar son consideradas menos peligrosas que las que padecen esquizofrenia, pero más que las que padecen depresión. Asimismo, la población presenta mayor deseo de distancia social hacia este tipo de pacientes en comparación con aquellos que padecen un trastorno depresivo.</li> <li>- Según los estudios, las personas mayores son más propensas a creer que los individuos con trastorno afectivo bipolar son peligrosos. Por su parte, el género femenino tiene mayor conocimiento sobre la enfermedad, lo que hace que estigmaticen menos a este tipo de pacientes.</li> <li>- El contacto con personas que padecen un trastorno afectivo bipolar es efectivo para reducir el estigma.</li> </ul>
<b>CINAHL: BÚSQUEDA 1</b>			
<b>Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el funcionamiento social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental.</b> Pérez L., Ultreta E., Lopera M.J. 2014 (España)	Estudio descriptivo transversal.	Determinar si el nivel de autoestigma de los pacientes con enfermedad mental influye en el funcionamiento social y en el apoyo social percibido por este.	<p>Los resultados de este estudio podrían ser útiles para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El diseño de estrategias para disminuir el autoestigma, para mejorar en el funcionamiento social hasta su inserción en la comunidad y así mismo, la percepción de apoyo percibido por el paciente.</li> <li>- La identificación de factores que influyen en el nivel de autoestigma o estigma internalizado</li> <li>- Conocer algunas percepciones de los pacientes acerca del estigma en Salud Mental.</li> </ul>



CINAHL: BÚSQUEDA 2			
<b>Intersectional Stigma and the Acceptance Process of Women with Mental Illness.</b> Mizock L., Russinova Z. 2015 (EE. UU)	Estudio cualitativo etnográfico.	Demostrar el impacto del estigma llevado a cabo por el profesional sanitario en el proceso de aceptación de la enfermedad mental en mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles combinados de estigma institucional pueden interferir en la aceptación de la enfermedad</li> <li>- Los grupos de apoyo para mujeres con enfermedad mental influyen positivamente en el proceso de aceptación de la misma.</li> <li>- Las malas experiencias de estas personas en el contacto con los servicios de salud suponen un mayor estigma percibido y, por tanto, una disminución de la confianza en la relación profesional- paciente que lo aleja de la búsqueda de ayuda.</li> <li>- Los terapeutas deberían explorar los recursos de la comunidad para facilitar la aceptación de la enfermedad mental y el aumento de la autoestima de estos pacientes.</li> </ul>
<b>Mental Health Provider-Based Stigma: Understanding the Experience of Clients and Families.</b> Charles J. 2013 (EE. UU)	Análisis de contenido etnográfico o estudio cualitativo etnográfico.	Explorar y analizar las experiencias de estigma del proveedor de salud mental percibido por los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad mental y su familia para el abordaje de las consecuencias del impacto de este.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de la salud mental son miembros de la sociedad y ciudadanos de la población general, por ello en ocasiones actúan de acuerdo con el estigma público.</li> <li>- Debido al estigma del proveedor de salud mental, la ayuda proporcionada a sus pacientes será menos efectiva y eficiente, por lo que los resultados no serán los esperados.</li> <li>- La disciplina y la experiencia de los sanitarios son factores que influyen en la relación profesional-paciente y en el estigma percibido por estos pacientes.</li> <li>- Este tipo de estigma requiere una investigación continua, discusiones críticas y la autorreflexión por parte de todos los profesionales de la salud para el diseño de intervenciones que logren disiparlo.</li> </ul>
<b>Effects of stigma on therapeutic relationships.</b> Zubair A. 2015 (Australia)	Revisión sistemática.	Reflejar la necesidad de establecer una relación terapéutica de calidad con el paciente de salud mental para lograr un buen control y estabilidad de la enfermedad además de una disminución del riesgo de comorbilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La actitud discriminatoria y la negativa por la sociedad y profesionales, invoca sentimientos de impotencia e indignidad, lo que reduce el comportamiento de búsqueda de ayuda sanitaria.</li> <li>- Los profesionales de la salud mental pueden contribuir a reducir el estigma estableciendo, implementado y monitoreando estrategias anti-estigma mediante una comunicación asertiva y considerando los valores y el contexto individual de cada paciente además de la evidencia para lograr un tratamiento efectivo.</li> </ul>

CINAHL: BÚSQUEDA 3			
<b>Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders.</b> De Assunção I., Pereira J., De Jesus L. 2016 (Portugal)	Estudio cualitativo.	Examinar el comportamiento y las creencias sobre las personas con algún diagnóstico de salud mental de los estudiantes de enfermería antes y después de la adquisición del conocimiento teórico y del contacto personal con estos pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las creencias y actitudes que muestran una mayor aceptación y tolerancia apuntan a un creciente reconocimiento de los trastornos mentales como afecciones médicas, aunque no se debe pasar por alto que siguen vigentes los mitos sobre la incurabilidad o peligrosidad de estos pacientes.</li> <li>- Aunque la enseñanza clínica promueve un cambio en las creencias y actitudes de los estudiantes de Enfermería, se indica la necesidad de priorizar los contenidos que aumentan el conocimiento en salud mental en el programa educativo.</li> <li>- El cambio de actitudes y creencias es más evidente en la necesidad de reintegrar socialmente a los pacientes, como lo demuestra la disminución de la actitud de restricción social. Ello indica que el contacto y la experiencia con la práctica de la Enfermería Psiquiátrica aumenta la conciencia de la necesidad de garantizar la protección de los derechos y libertades de los pacientes.</li> </ul>
CINAHL: BÚSQUEDA 4			
<b>El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis.</b> Ferré C., Montescó P., Mulet M., Lleixá M., Albacar N., Adell B. 2011 (España)	Estudio cualitativo.	Describir y analizar las percepciones subjetivas y las experiencias vividas de las personas con uno o varios intentos de suicidio y sus familiares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El estigma con relación a los intentos de suicidio aumenta significativamente el sufrimiento individual y familiar, dificultando el uso oportuno de los servicios de salud, la búsqueda de ayuda y la evolución del proceso.</li> <li>- La prevención del aislamiento social y familiar es determinante para la disminución del estigma.</li> <li>- Los profesionales de enfermería deben desmitificar conceptos y orientar a la familia para la recuperación de la persona con intentos de suicidio.</li> <li>- Una evaluación cuidadosa y centrada en la persona debe basarse en, además de la evidencia y conocimiento científico, en el significado social y cultural de la conducta suicida, ambos significativos en el cuidado integral a la persona y a la familia.</li> </ul>



**PSYCINFO: BÚSQUEDA 1**

<p align="center"><b>Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones.</b> Mascayano F., Lips W., Mena C., Manchego C. 2014 (Chile)</p>	<p align="center">Revisión sistemática</p>	<p>Analizar las principales características del estigma hacia la enfermedad mental, y las variables psicológicas y/o sociales con las que se ha asociado y así mismo, describir las estrategias preponderantes para reducir los diferentes tipos de estigma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las falsas creencias y evaluaciones públicas y negativas acaban proyectándose a los familiares de los pacientes, quienes, a su vez, viven su propio autoestigma lo que les genera sentimientos de humillación, vergüenza y exclusión social.</li> <li>- Los profesionales de la salud tienen un rol esencial en la generación de nuevas actitudes estigmatizantes.</li> <li>- Existe la necesidad de diseñar nuevas estrategias y métodos más eficaces para la evaluación del estigma y de las intervenciones que lo aborden.</li> </ul>
<p align="center"><b>Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental.</b> Mora-Ríos J., Bautista N. 2014 (México)</p>	<p align="center">Artículo original acerca de un estudio cualitativo transcultural</p>	<p>Describir las formas y manifestaciones más comunes del estigma estructural desde la perspectiva de un grupo de personas que acudieron centros de atención por un diagnóstico psiquiátrico o neuropsiquiátrico, así como de un grupo de personal sanitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el caso del personal de salud, algunas experiencias estigmatizadoras tienen que ver con la falta de credibilidad y descalificación de la que son objeto, así como ciertas actitudes fatalistas con relación al pronóstico del paciente de salud mental.</li> <li>- El personal sanitario suele experimentar impotencia e incertidumbre frente a los casos complejos en los que se presentan múltiples condiciones de vulnerabilidad social lo que suele dar lugar a la desatención o a la indiferencia (estigma estructural)</li> <li>- Es importante que los profesionales sanitarios tengan en cuenta los aspectos culturales de los pacientes para entender la complejidad de su enfermedad psiquiátrica y para un mejor diseño de intervenciones y tratamiento de esta.</li> </ul>

**SCIELO: BÚSQUEDA 1**

<p><b>Estrategia de Bioética en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.</b> Del Pino R. 2014 (España)</p>	<p align="center">Revisión sistemática</p>	<p>Reflexionar acerca de las consecuencias del estigma y recuperación de personas con algún trastorno mental además de aspectos relacionados con el consentimiento informado y planificación de decisiones anticipadas en estos pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se creó la Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público Andalúz con el fin de analizar y proponer medidas de mejora que garanticen los DDHH de estos pacientes.</li> <li>- Se considera imprescindible la formación y el debate permanentes, al igual que el adecuado desarrollo normativo que pueda garantizar la aplicación práctica de los DDHH de estos pacientes.</li> <li>- La atención prestada por los profesionales estigmatizadores puede dificultar la recuperación de la persona a costa de que esté “bajo control”, mermando su autonomía, la mejora de su bienestar y su calidad de vida.</li> <li>- Es posible luchar contra el estigma desde un enfoque asistencial y de cuidados centrado en la recuperación, así como con una planificación integrada, integral e intersectorial anticipada de las decisiones de salud mental.</li> </ul>
<p><b>Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica.</b> Madoz-Gúrpide A., Ballesteros J., Leira M., García E. 2017 (España)</p>	<p align="center">Revisión sistemática</p>	<p>Revisar el estado de los programas de gestión del trastorno mental grave en el adulto y de los centros de salud mental tras la reforma psiquiátrica realizada para conocer el estado actual y plantear la posible necesidad de un nuevo enfoque en la atención de estos pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras la reforma la mayor parte de la atención a estos pacientes recayó sobre sus cuidadores principales.</li> <li>- Los Trastornos Mentales Graves (TGM) requieren un modelo de atención comunitario, centrado en la persona y su potencialidad, para lo que es necesario una coordinación, eficacia y racionalidad de los diferentes recursos (Servicios sociales, Atención Primaria y Centros de Salud Mental entre otros).</li> <li>- Un empleo adaptado a sus características ofrece una serie de herramientas terapéuticas únicas y exclusivas que superan a las que se pueden ofrecer desde dispositivos rehabilitadores.</li> <li>- Un mayor protagonismo de los usuarios con trastorno mental grave en la configuración de los programas de continuidad de cuidados, el avance desde lo multiprofesional hacia lo interdisciplinar, así como basarse en una aproximación integral, con el fin de no descuidar la globalidad individual del paciente son pasos que facilitarán su recuperación.</li> </ul>

*Fuente: elaboración propia*